

Suvi Vilppunen

Asenteesta mahdollisuuksiin: terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista edistävät ja estävät tekijät

Integroiva kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja YAMK

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Opinnäytetyö

27.1.2016

<p>Tekijä Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Suvi Vilppunen Asenteesta mahdollisuuksiin: terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista edistävät ja estävät tekijät. Integroiva kirjallisuuskatsaus.</p> <p>67 sivua + 1 liite 27.1.2016</p>
<p>Tutkinto</p>	<p>Sairaanhoitaja YAMK</p>
<p>Koulutusohjelma</p>	<p>Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen</p>
<p>Suuntautumisvaihtoehto</p>	<p>Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen</p>
<p>Ohjaaja(t)</p>	<p>FT yliopettaja Leena Rekola, Metropolia Ammattikorkeakoulu</p>
<p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa tekijöistä, jotka edistävät ja estävät matalapalkkaisten naisten osallistumista terveyden edistämisen hankkeisiin sekä kuvata ja arvioida terveyden edistämisen ohjauksen työvälineitä ja niiden toimivuutta. Opinnäytetyö toteutettiin integroivan kirjallisuuskatsauksen menetelmällä ja sen aineiston hakuun käytettiin useaa eri tietokantaa. Aineiston muodostivat 12 tieteellistä artikkelia sekä yksi väitöskirja. Aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysia.</p> <p>Opinnäytetyön tulokset muodostivat kolme kokonaisuutta: terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista edistävät tekijät, estävät tekijät sekä ohjauksen työvälineet. Asennoituminen, vuorovaikutus, terveyden ja hyvinvoinnin tavoittelu, motivaatio sekä ympäröivien ihmisten tuki muodostuivat keskeisiksi osallistumista edistäviksi tekijöiksi. Nämä tekijät pysyivät samoina niin vapaa-ajalla kuin työympäristössä toteutetuissa interventioissa. Osallistumista estävät tekijät taas liittyivät esimerkiksi terveydellisiin ja toiminnallisiin esteisiin, jaksamattomuuteen tai kannustuksen puutteeseen. Suurin osa analyysissä esiin nousseista estävistä tekijöistä on sisäisiä tekijöitä ja vain kaksi niistä voidaan katsoa ympäristöstä johtuviksi tekijöiksi. Ohjauksen työvälineitä muodostui analyysin perusteella yhteensä 13, joista keskeisimmät liittyivät monipuolisiin ohjausmenetelmiin, tavoitteelliseen toimintaan, tuen antamiseen sekä edistymisen seurantaan. Vaikuttavimmat tulokset interventioissa saatiin yhdistelemällä monipuolisesti erilaisia ohjausmenetelmiä ja -tapoja.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa erilaisiin terveyden edistämisen hankkeisiin liittyviä interventioita ja pohdittaessa, miten ihmiset saadaan osallistumaan niihin. Tulokset ovat hyödynnettävissä kaikille kansalaisille tarkoitettujen elämäntapamuutosryhmien suunnittelussa ja toteutuksessa.</p> <p>Jatkotutkimusehdotuksena tulisi tutkia miten erilaisia digitaalisia ratkaisuja voitaisiin hyödyntää interventioiden seurantajaksojen aikana. Toiseksi lisää tutkimusta vaaditaan siitä, miten aikomuksen ja toiminnan väliseen kuiluun voitaisiin parhaiten vaikuttaa. Kolmanneksi tulisi tutkia kirjallisuuserhoa vaikuttavana ohjausmenetelmänä erityisesti vanhempien naisten keskuudessa.</p>	
<p>Avainsanat</p>	<p>Terveyden edistäminen, hyvinvointi, matalapalkkaisuus, osallistuminen, edistävä, estävä, terveyden edistämisen hanke, ohjaus</p>

Author Title	Suvi Vilppunen From attitude to possibilities: factors that promote and inhibit the participation in health promotion projects. An integrative literature review.
Number of Pages Date	67 pages + 1 appendix 27 January 2016
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master's Degree in Health Care and Social Services
Specialisation option	Leadership and Development in Health Care and Social Services
Instructor	PhD, Principal Lecturer Leena Rekola, Metropolia University of Applied Sciences
<p>The aim of this thesis was to obtain information on the factors that promote and inhibit the participation in projects of health promotion of women who have low income, as well as to describe and evaluate the educational tools for health promotion and their functionality. The study was conducted by using an integrative literature review and the data was collected using multiple different databases and search engines. Material consisted of 12 scientific articles and one doctoral dissertation. The data was analyzed by using inductive content analysis.</p> <p>The results of this thesis was composed of three entities: the factors that promote participation in health promotion projects, the inhibiting factors and the educational tools for health promotion. The key facilitators consisted of attitude towards participation, interaction, the pursuit of health and well-being, motivation and surrounding people's support. These factors remained unchanged in both leisure and workplace interventions. Participation barriers are linked e.g. with health and functional barriers, lack of endurance or lack of encouragement. Most of the barriers that emerged from the analysis are internal factors, and only two of the factors can be considered being derived from external factors. 13 educational tools for health promotion was formed through the analysis, most of which were related to diverse educational methods, goal-oriented activities, providing support as well as following up progress. The most effective results of the interventions was obtained by combining a variety of different educational methods and practices.</p> <p>The results of this thesis can be utilized in planning interventions related to a variety of health promotion projects and in reflection on how to get people to participate in these projects. The results can be useful in the planning and implementation of a lifestyle change groups for all citizens.</p> <p>Proposal for further studies suggest that more research should be done on how the intervention follow-up periods could benefit from various digital solutions. Secondly, more research is required on how the intention-behaviour gap could be affected the most. Thirdly, book clubs should be examined as an effective educational method, particularly among older women.</p>	
Keywords	Health promotion, well-being, low-income, participation, facilitator, barrier, health promotion project, education

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Keskeiset käsitteet	2
2.1	Terveyden edistäminen ja hyvinvointi	2
2.2	Matalapalkkaisuus ja tuloerojen vaikutus hyvinvointiin	4
2.3	Sitoutuminen ja osallisuuden edistäminen	6
2.4	Elintapojen vaikutus terveyteen	9
2.4.1	Terveyserojen kaventaminen	11
2.4.2	Kustannusvaikuttavuus	14
2.5	Terveyden edistämisen vaikuttavuus ja sen seuranta	15
2.5.1	Käytäntöjä terveyden edistämiseksi	15
2.5.2	Kunnat väestön terveyttä edistämässä	17
2.6	Positiivisen psykologian näkökulma hyvinvointiin	18
2.7	Yhteenvedo keskeisistä käsitteistä	19
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät	20
4	Integroivan kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen	20
4.1	Integroiva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	20
4.2	Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen	21
4.3	Artikkeleiden hyväksymis- ja poissulkukriteerit	24
4.4	Hakuprosessi ja artikkeleiden valinta	24
4.5	Aineiston kuvailu ja arviointi	28
4.6	Induktiivinen sisällönanalyysi ja aineiston tulkinta	30
5	Tulokset	33
5.1	Terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista edistävät tekijät	33
5.1.1	Asennoituminen	34
5.1.2	Sosiaaliset suhteet ja tuki	34
5.1.3	Terveyden ja hyvinvoinnin tavoittelu	35
5.1.4	Työympäristön tuki	35
5.1.5	Motivaatio	36
5.1.6	Vuorovaikutus	36
5.2	Terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista estävät tekijät	39
5.2.1	Terveydelliset ja toiminnalliset esteet	39
5.2.2	Jaksamattomuus	39

5.2.3	Kannustuksen puute	40
5.2.4	Yksityiselämän velvollisuudet	40
5.2.5	Haluttomuus toimia ja osallistua ryhmätoimintaan	40
5.2.6	Interventoryhmän saavuttamattomuus	41
5.3	Terveysten edistämisen ohjauksen työvälineet	43
5.3.1	Monipuoliset ja kannustavat ohjausmenetelmät	43
5.3.2	Ohjausta täydentävät tehtävät	44
5.3.3	Aktiivinen osallistuminen ja dialogisuus	44
5.3.4	Muutoksen mahdollistaminen	45
5.3.5	Tekniikan hyödyntäminen	46
5.3.6	Yhteisön tuki	46
5.3.7	Ohjauksen tavoitteellisuus	47
5.3.8	Motivaation ylläpitäminen	47
5.3.9	Käytännön toiminta	47
5.3.10	Muutoksen edistäminen	48
5.3.11	Elämäntaitojen opettaminen	48
5.3.12	Tavoitteellinen toiminta	49
5.3.13	Edistymisen seuranta ja palautteenanto	49
6	Pohdinta	51
6.1	Tulosten tarkastelu	51
6.1.1	Terveysten edistämisen hankkeisiin osallistumista edistävät tekijät	52
6.1.2	Terveysten edistämisen hankkeisiin osallistumista estävät tekijät	53
6.1.3	Terveysten edistämisen ohjauksen työvälineet	54
6.2	Yhteenveto tuloksista	55
6.3	Eettiset kysymykset ja luotettavuus	57
6.4	Jatkotutkimusehdotukset	60
	Lähteet	62
	Liitteet	
	Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäisaineistot	

1 Johdanto

Suomen talous on murroksessa, talouskriisi on kaikkien kansalaisten huulilla. Budjetti-leikkauksia tehdään monella saralla ja ne koskevat kipeimmin pienituloisia. Vuoteen 2030 mennessä työikäisen väestön määrä on vähentynyt 117 000 henkilöllä nykyisestä (Tilastokeskus 2012). Yksi merkittävimmistä tulevaisuuden haasteista Suomessa tulee olemaan hyvinvoinnin ja terveyden ylläpitäminen sekä niiden edistäminen koko väestön, erityisesti pienituloisten, keskuudessa. Eläkeikää ollaan nostamassa, joten varsinkin työikäisten terveyteen ja toimintakykyyn tulisi kiinnittää erityistä huomiota, jotta Suomessa riittäisi työkykyistä työvoimaa suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle. Tämä liike on jo aluillaan, joten toimia tarvitaan tehostetusti lähivuosien aikana.

Yhteiskuntapolitiikka näyttelee suurta roolia terveyden edistämisessä ja sen jakautumisessa väestön kesken. Ymmärrys terveyden tasa-arvosta, sen syntymekanismeista ja terveyserojen kaventamisesta on vielä vähäistä, vaikkakin keinoja terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi alkaa olla yhä enemmän. Varsinkin kunnat ovat keskeisessä asemassa omien asukkaidensa hyvinvoinnista huolehtimisessa. Tutkimuksia on tehty paljon siitä, minkälaisia vaikutuksia terveyden edistämisen hankkeilla on, mutta lisää tutkimusta tarvitaan myös niihin osallistumisesta ja erityisesti tekijöistä, jotka edistävät ja estävät osallistumista ja sitoutumista terveyden edistämisen hankkeisiin.

Tämän opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä matalapalkkaisilla naisilla tiedetään olevan enemmän ongelmia kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja terveyden saralla suhteessa paremmin toimeen tuleviin. Myös eri koulutustaustoilla tiedetään olevan vaikutusta väestön terveyteen ja hyvinvointiin. Terveyden riskitekijät liittyvät muun muassa vähäiseen koulutukseen, heikkoihin työolosuhteisiin, raskaaseen työhön, pitkäaikais-työttömyyteen, köyhyyteen ja epäterveellisiin elintapoihin. Nämä tekijät kasautuvat usein juuri alimpiin sosiaaliryhmiin. (Palosuo ym. 2007: 18; Rotko – Hannikainen-Ingman – Murto – Kauppinen – Mustonen 2014: 92.) Terveyden edistämiseen panostamisella on siis selvä positiivinen vaikutus koko yhteiskuntaan.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata aikaisempaan tutkimustietoon perustuen matalapalkkaisten naisten osallistumista terveyden edistämisen hankkeisiin. Tavoitteena on saada tietoa osallistumisesta edistävästä ja estävästä tekijöistä sekä kuvata ja arvioida terveyden edistämisen ohjauksen työvälineiden toimivuutta näissä hankkeisiin. Varsin-

kin matalapalkkaisten naisten sitouttamisella oman terveytensä kohentamiseen voitaisiin saavuttaa huomattavia yhteiskunnallisia hyötyjä käyttäen vaikuttavia elintapoja muokkaavia toimenpiteitä.

Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössä käytetään kokoavan eli integroivan kirjallisuuskatsauksen menetelmää ja aineiston läpikäymiseen aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä. Opinnäytetyöni liittyy Metropolian ja Julkisten ja hyvinvointialojen liiton (JHL) yhteiseen käynnistymässä olevaan hankkeeseen. Opinnäytetyöni on alkukartoitusta kyseiselle hankkeelle, mutta myös hyödynnettävissä muita terveyden edistämisen hankkeita suunniteltaessa.

2 Keskeiset käsitteet

2.1 Terveyden edistäminen ja hyvinvointi

Terveyden edistämistä tapahtuu ihmisten arkiympäristöissä ja heidän käyttämissään palveluissa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a). Opinnäytetyössä käytetään terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen käsitteitä rinnakkain, sillä painotus on toiminnan laaja-alaisuudessa eikä ainoastaan terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttamisessa. Terveyden edistämisellä tarkoitetaan terveyden ja toimintakyvyn lisäämistä, sairauksien ja terveysongelmien vähentämistä ja terveyserojen kaventamista. Suomalaiseen keskusteluun käsite on tullut 1980-luvulla erityisesti Maailman terveysjärjestön terveyspoliittisen keskustelun myötä. Terveyden edistäminen on monitieteellistä ja moniammatillista yhteistyötä ja sen suuntaviivat on luokiteltu viiteen osa-alueeseen: terveyttä edistävään yhteiskuntapolitiikkaan, terveyttä tukevien ympäristöjen luomiseen, yhteisöllisen toiminnan vahvistamiseen, yksilötaitojen kehittämiseen sekä terveyspalvelujen uudelleen suuntaamiseen. WHO:n mukaan terveyden edistäminen voidaan nähdä prosessina, joka antaa yksilöille ja yhteisöille entistä paremmat vaikutusmahdollisuudet terveydenhallintaan ja siihen vaikuttaviin taustatekijöihin. (Perttilä 2006.)

Yleinen ohjaus- ja valvontavastuu terveyden edistämisestä on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Terveyden edistäminen perustuu kansanterveyslakiin ja se on osa kansanterveysyötä. Sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut sosiaali- ja terveyspoliittisessa strategiassaan, että koko väestöllä on oikeus sosiaaliseen hyvinvointiin, osallisuuteen

ja parhaaseen mahdolliseen terveyteen. Terveiden edistämiseen tähtäävistä toimenpiteistä säädetään myös raittiustyölaissa, tupakkalaissa ja alkoholilaissa sekä siihen vaikuttavat kansainväliset sopimukset ja EU:n lainsäädäntö. Myös sosiaalihoitoilaitaissa säädetään väestön hyvinvoinnin edistämisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014c; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014d; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011:4.)

Keskeisellä sijalla terveyden edistämisen puitteita luotaessa ja palvelujärjestelmää kehitettäessä on ollut perusterveydenhuolto. Palvelujärjestelmän kehittämisessä on pyritty taloudelliseen tehokkuuteen sekä laadun, vaikuttavuuden ja palvelujen yhdenmukaisen saatavuuden parantamiseen. Uusi terveydenhuoltolaki tuli voimaan 1.5.2011 ja sen tavoitteena on ollut vahvistaa perusterveydenhuoltoa sekä tehostaa palveluiden tuotantoa ja parantaa niiden saatavuutta ja asiakaskeskeisyyttä. (Vaarama – Moisio – Karvonen (toim.) 2010: 28.)

Hyvinvoinnin osatekijät voidaan jakaa kolmeen kokonaisuuteen: terveyteen, materiaalliseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin. Hyvinvointieroista puhuttaessa käytetään tavallisesti terveyden ja materiaallisen hyvinvoinnin käsitteitä. Terveyseroilla taas tarkoitetaan yhteiskuntaryhmien välisiä eroja sairastuvuudessa, kuolleisuudessa sekä koetussa terveydessä. (Vaarama – Moisio – Karvonen (toim.) 2010: 11–12.)

Hyvinvointia on hankala mitata, sillä asiantuntijat ovat eri mieltä siitä, mitä hyvinvoinnilla tarkoitetaan. Se on moniulotteinen käsite ja sen mittaaminen yhdellä mittarilla olisi mahdotonta. Mittarit voidaan jakaa objektiivisiin ja subjektiivisiin mittareihin sekä positiivisiin ja negatiivisiin mittareihin. Hyvinvointitutkimuksen huono puoli on siinä, että sen soveltamat mittarit kuvaavatkin usein huono-osaisuutta, hyvinvoinnin vajeita ja syrjäytymisriskiä. Yksilöiden hyvinvoinnin mittaamisessa on Pohjoismaissa usein käytetty kolmea ulottuvuutta – elintaso, sosiaalisia suhteita, psykososiaalista hyvinvointia ja itsensä toteuttamista tai mielekästä tekemistä. Eri maiden välisiä hyvinvointieroja on tarkasteltu käyttäen bruttokansantuotteen suuretta, mutta viime aikoina on otettu käyttöön OECD Better Life Index positiivisen hyvinvoinnin vertailemiseksi. Kansallisen hyvinvoinnin mittarina voidaan käyttää tyytyväisyyttä elämään sekä ainutlaatuisista bruttokansanonnellisuuden mittaria (Gross National Happiness). (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014d.)

Terveyserojen kaventaminen on ministeriön keskeinen tavoite. Tavoitteena on, että eri sosiaaliryhmien terveyden olisi oltava yhtä hyvä. Esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudit

on saatu vähenemään elintapojen muutosta tukemalla. Valtio tukee terveyden edistämistä määrärahalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014c.) Määräraha on harkinnanvarainen ja siitä myönnetään valtionavustuksia 1-3 vuotta kestäviin terveyden edistämisen kokeilu- ja kehittämishankkeisiin sekä erilaisiin terveyden edistämisen hankkeisiin. Sen tavoitteena on tukea terveyden edistämistä sekä päihteiden käytön ja tupakoinnin ehkäisyä ja vähentämistä. Määräraha perustuu lakiin terveyden edistämisen määrärahasta (333/2009) ja valtioneuvoston asetukseen terveyden edistämisen määrärahasta (535/2009). Vuoden 2014 käyttösuunnitelma sisälsi 16 hanketta, joiden euromääräinen yhteissumma oli 3 130 000 euroa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

2.2 Matalapalkkaisuus ja tuloerojen vaikutus hyvinvointiin

Suomessa tuloerot ovat olleet kasvussa 1990-luvulta lähtien poikkeuksellisen nopeasti. Tämä johtuu suurelta osin veropoliittisista ratkaisuista ja sosiaaliturvan leikkauksista. Tutkimusten mukaan tuloilla on voimakas yhteys kuolleisuuteen ja sairastuvuuteen - pienituloisuuden katsotaan olevan riski hyvinvoinnille ja terveydelle. (Rotko – Aho – Mustonen - Linnanmäki 2011: 21.)

Matalapalkkaisuudelle ei löydy selkeää määritelmää. Palkalla tarkoitetaan vastiketta tehdystä työstä, ajasta, tiedoista ja osaamisesta, jotka työntekijä antaa työnantajansa käyttöön. Palkalle voi olla erilaisia perusteita, kuten työn vaativuus, työntekijän pätevyys tai tulos. Palkkaa täydentävät erilaiset lisät ja tulospalkkiot tai erilaiset osakepohjaiset palkkiojärjestelmät. Vähimmäispalkka on Suomessa määritelty erikseen jokaisen alan työehtosopimuksessa ja vähimmäispalkkojen noudattamista valvoo työsuojelupiiri. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014a.)

Sen sijaan pienituloisiksi Suomessa voidaan katsoa henkilöt, joiden kotitalouden käytettävissä oleva tulo kulutusyksikköä (OECD:n modifioitu skaala) kohti on alle 60 prosenttia kansallisesta mediaanitulosta. Esimerkiksi vuonna 2013 pienituloisuuden raja oli yhden hengen taloudella 14 260 euroa vuodessa, mikä tekee 1 190 euroa kuukaudessa. EU-maiden yhteisen määrittelyn mukaan pienituloisia ovat ne, joiden tulot ovat pienemmät kuin 60 % mediaanista. (Findikaattori 2015.) Vuonna 2011 matalapalkkatyötä teki Suomessa 15 prosenttia kokoaikaisista palkansaajista (Kangasniemi – Sauramo – Yanar 2014: 6). Yleisesti tuloerot ja suhteellinen köyhyys ovat kasvaneet viimeisen 15–20 vuoden aikana – Suomessa poikkeuksellisen voimakkaasti muihin OECD maihin verrattuna (Vaarama – Moisio – Karvonen (toim.) 2010: 180).

Jo historiallisesti naisten työmarkkinoille tulo on merkinnyt matalampia palkkoja ja sijoitumista hierarkian alapäähän. Naisia työllistävät alat, kuten tekstiili- ja elintarviketeollisuus sekä hoiva-ala, vakiintuivat alusta alkaen matalapalkkaisiksi. Alojen sisällä naiset sijoittuivat hierarkian alimpiin, avustaviin tehtäviin ja miehet vaativampiin asiantuntija- ja johtotehtäviin. Edelleen perinteiset asenteet määrittävät naisten uralla etenemistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014b.)

Naiset ansaitsevat yhä 17–18 prosenttia miehiä vähemmän. Vuonna 2011 matalapalkkaisia naisia oli 160 000, kun taas 1 800 euroa tai vähemmän kuukaudessa tienavia miehiä oli noin 60 000. Samana vuonna alle 1800 euroa kuukaudessa tienavia 40–49-vuotiaita naisia oli 26 700 ja alle 2000 euroa kuukaudessa tienavia saman ikäryhmän naisia oli 44 616. Yhteensä palkkaa saavia naisia oli kyseisenä ajankohtana 235 535. Matalapalkkaisuuteen on vaikuttanut työelämän jakautuminen vahvasti naisten ja miesten aloihin. Naisten perinteisesti tekemiä hoiva- ja palvelutöitä ei arvosteta palkkauksessa yhtä paljon kuin esimerkiksi teknisen alan töitä. Naisten heikkojen tulojen nähdään johtuvan tuntipalkkojen pienuudesta ja työtuntimäärien vähyydestä. Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestön SAK:n mukaan matalapalkkaongelman ratkaisemiseksi vaadittaisiin kohennusta työehtosopimuksiin sekä tiukempaa lainsäädäntöä. Heidän tavoitteenaan on, että vuonna 2016 kokopäivätyötä tekevän palkansaajan työehtosopimuksen mukainen alin kuukausipalkka olisi vähintään 1800 euroa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014b; Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö 2013; Sähköliitto 2013.)

Pienituloisten osuus on tasaisesti lisääntynyt 1990-luvun puolivälistä lähtien. Elinajan odote on koko Suomen väestössä kasvanut, mutta tiedetään, että alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla on huonompi terveys ja lyhyempi elämä kuin ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvilla – koulutettujen tai hyvätuloisten odotettavissa oleva elinikä on useita vuosia pidempi kuin vastaavasti vähemmän koulutettujen ja pienituloisten. Suomalaisen 35-vuotiaan ylempien toimihenkilöiden ryhmään kuuluvan naisen elinajanodote on runsaat kolme vuotta pidempi kuin saman ikäisellä työntekijänaisella. Näitä eroja voidaan selittää muun muassa elämäntapavalinnoilla, mutta tutkimusten mukaan paremmin toimeen tulevat saavat myös parempilaatuisia terveyspalveluita kuin huonommin toimeentulevat. Väestöryhmien välisiä terveyseroja on näkyvissä myös esimerkiksi lasten ja nuorten ylipainon yleisyydessä. Ylipainoisuus on yleisempää vähemmän kouluttautuneiden vanhempien lapsilla kuin korkeammin kouluttautuneiden. Aikuisväestössä pääkaupunkiseudulla asuvat ja eniten koulutetut ovat hoikimpia. Tut-

kimukset osoittavat, että pienituloisuus heikentää elämänlaatua kaikilla muilla paitsi sosiaalisella ulottuvuudella. (Palosuo ym. 2007: 18; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013: 17; Vaarama – Moisio – Karvonen (toim.) 2010: 139; Rotko ym. 2011: 47.)

Tutkimusten mukaan alueellisesti tarkastellen tyytymättömyys julkisten terveystalvelujen laatuun on yhteydessä asuinpaikkaan. Varsinkin Etelä- ja Länsi-Suomen asukkaat kokivat palvelujen laadun pääkaupunkiseutua paremmaksi. Myös asukkaiden tulotasolla oli vaikutusta palvelujen laatuun liittyviin kokemuksiin: kahdessa ylimmässä tuloluokassa tyytymättömyys palvelujen laatuun oli selvästi epätodennäköisempää kuin alimmassa tuloluokassa. Yksityisten palvelujen laatua tarkasteltaessa edellisen kaltaisia eroja ei ollut havaittavissa. Eroja on nähtävissä myös terveystalvelujen käytössä. Alimmassa tuloluokassa oleva väestö käyttää enemmän terveystalveluja, kun taas korkeamman tulotason kotitaloudet käyttävät enemmän työterveyshuoltoa ja yksityisiä palveluja. (Vaarama – Moisio – Karvonen (toim.) 2010: 38–41.)

Ammattitautien, työtaturmien sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien ilmaantuvuus työntekijöillä ja alhaisen tulotason ammattiteissa on huomattavasti yleisempää kuin toimihenkilöillä. Heillä on myös enemmän sairauspoissaoloja kuin asiantuntija- ja johtotehtävissä työskentelevillä. Työntekijät myös arvioivat työkykynsä heikommaksi kuin toimihenkilöt. He arvioivat ylemissä tehtävissä työskenteleviä useammin, etteivät kykene työskentelemään nykyisessä ammatissaan eläkeikään saakka muun muassa terveydellisistä syistä. Tiedetään myös, että tupakoinnin, alkoholin käytön ja epäterveellisten ravinto- ja liikuntatottumusten aiheuttamat haitat ovat yleisempiä työntekijäammattiteissa ja alemmissa sosiaaliryhmissä kuin toimihenkilötasolla. (Rotko ym. 2011: 47.)

Terveysteen ja hyvinvointiin voidaan lisäksi liittää materiaalisen hyvinvoinnin käsite, jolla tarkoitetaan elinoloja ja toimeentuloa. Sen erojen tarkastelussa puhutaan tuloista johdettujen tuloerojen ja köyhyyden sekä yleisten elinolojen puutteiden tarkastelua. Suomen kaltaisessa yhteiskunnassa tulot ovat keskeisessä asemassa tärkeimpänä toimeentuloa ja elinoloja määräävänä tekijänä. (Vaarama – Moisio – Karvonen (toim.) 2010: 12.)

2.3 Sitoutuminen ja osallisuuden edistäminen

Seuraavaksi tarkastellaan lyhyesti terveyden edistämisen hankkeisiin liittyviä käsitteitä sitoutuminen ja osallisuuden edistäminen. 1990-luvun alussa on otettu käyttöön käsite

hoitoon sitoutumisesta ("adherence"). Myös WHO käyttää tätä käsitettä. WHO:n määritelmän mukaan hoitoon sitoutuminen on sitä, kuinka henkilön käyttäytyminen, kuten lääkkeen ottaminen, ruokavalion noudattaminen ja/tai elämäntapojen muuttaminen, vastaa terveydenhuollon henkilön kanssa yhdessä sovittuja ohjeita. Hoitoon sitoutuminen riippuu pitkälti ihmisen motivaatiosta, tahdosta ja kyvystä muuttaa toimintaansa sekä saadusta tuesta pyrkiessään toiminnan muuttamiseen. Elämäntapa- ja ennalta ehkäiseviin hoitoihin sitoudutaan heikommin kuin lääkehoitoihin tai sairauksien hoitoon. Hoitoon sitoutumisen tutkiminen on vaikeaa, sillä tutkimuksiin osallistuvat aina vapaaehtoiset ja hoitomyöntyvimmat ihmiset. Tutkimukset siis todennäköisemmin antavat ylläarvioitun kuvan hoitoon sitoutumisesta. (Savikko – Pitkälä 2006; World Health Organization 2003: 3.)

Toinen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen hankkeisiin liittyvä käsite on osallisuus ja sen edistäminen. Osallisuus on yksilöllinen tunne ja monitasoinen kokonaisuus, johon liittyvät niin tunteminen, kuuluminen kuin tekeminen. Osallisuuden synty on tiedostamisen ja oppimisen prosessi, johon liittyy ajatus kasvusta ja vapautumisesta. Keskeistä osallisuudessa on luottamus, sitoutuminen ja kuulluksi tuleminen sekä aktiivinen vaikuttaminen itseään koskeviin päätöksiin eli mahdollisuus osallistua päätöksentekoprosessiin. Ihmisen omassa elämässä osallisuus koostuu voimaantumisen, identiteetistä ja elämänhallintavalmiuksista. Osallisuudella on paikkansa myös terveyden edistämisen hankkeisiin sitoutumista pohdittaessa, sillä olennaista siinä on omakohtainen sitoutuminen, omaehtoinen toiminta ja omaa elämää koskevien asioiden kulkuun vaikuttaminen. Käsitteeseen liittyy vahvasti myös ajatus vastuun ottamisesta seurauksista. (Jämsén – Pyykkönen (toim.) 2014: 9, 51–52.)

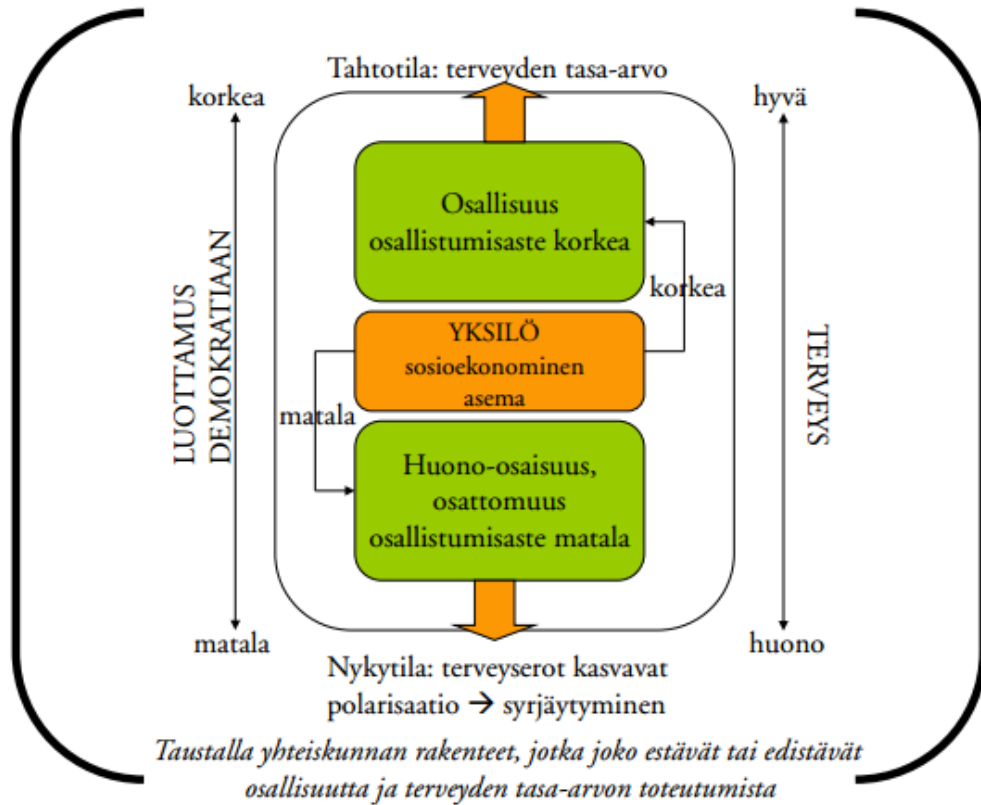
Edellä kuvattu osallisuuden muoto on niin sanottua toimintaosallisuutta, joka on ihmisten omaa toimintaa ja konkreettista osallistumista. Toimintaosallisuudessa ihminen kokee, että hän voi osallistua mielekkääseen käytännön toimintaan ja saa siitä osaamisen ja onnistumisen kokemuksia sekä iloa. Se vahvistaa ihmisen voimavaroja ja kannustaa myös jatkossa osallistumaan samankaltaiseen toimintaan. (Rouvinen-Wilenius – Koskinen-Ollonqvist (toim.) 2011: 52.)

Osallisuus on yhteydessä myös terveyserojen kaventamiseen, sillä kuten aiemmin mainittua sosioekonomiset erot terveyden ja hyvinvoinnin saralla ovat viime vuosina kasvaneet koko väestön keskuudessa. Kuten monessa muussakin terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvässä toiminnassa, myös osallisuudessa voidaan nähdä ero-

ja eri koulutus- ja työtaustan omaavien henkilöiden kesken. Esimerkiksi yhdistystoimintaan osallistuvat eniten ylemmät toimihenkilöt ja vähiten työttömät. Yhteiskunnan tulisi-kin kannustaa väestöä osallistumaan terveyden edistämisen hankkeisiin auttamalla ihmisiä tunnistamaan omia voimavarojaan ja auttaa niiden käyttöönotossa mahdollis-
tamalla osallistuminen. (Jämsén – Pyykkönen (toim.) 2014: 53–56.)

Vuonna 2010 käynnistyneen Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen mukaan väestötasolla sosiaalisesti aktiivisimmilla ihmisillä on pienempi riski sairastua moniin vakaviin sairauksiin, kuten sydänsairauksiin ja masennukseen sekä pienempi riski en-
nenaikaiseen kuolemaan. Varsinkin vanhemmalla väestöllä voidaan tutkimusten valos-
sa nähdä yhteys sosiaalisen aktiivisuuden ja paremman terveyden välillä. Yhteys näh-
dään myös toisin päin, eli terveemmät ihmiset osallistuvat enemmän ja näin ollen riski
ennenaikaiseen kuolemaan pienenee. Koulutuksen osalta tämänkin tutkimuksen tulok-
set tukevat sitä faktaa, että sekä miehistä että naisista korkeasti koulutetut osallistuvat
aktiivisimmin esimerkiksi järjestötoimintaan. (Kaikkonen ym. 2014; Pynnönen – Törmä-
kangas – Heikkinen – Rantanen – Lyyra 2012: 770–771.)

Myös osallisuuden kannalta keskeiset aspektit sosiaalinen, kulttuurinen ja taloudellinen
pääoma jakautuvat tiettyjen ihmisryhmien kesken – samaan tapaan kuin terveys. On
arvioitu, että ne henkilöt, jotka eniten tarvitsisivat tukea, saavat sitä vähiten. Kuviossa 1
on kuvattu yksilön sosioekonomisen aseman yhteyttä terveyteen, osallistumisaktiivi-
suuteen, demokratiaan luottamiseen ja terveyden tasa-arvoon. Kuviosta voidaan näh-
dä, että mitä korkeammassa sosioekonomisessa asemassa ihminen on, sitä todennä-
köisemmin hän kokee osallisuutta ja on itse halukas osallistumaan sekä omaa myös
paremmat edellytykset hyvään terveyteen. Osallisuudella on siis merkitystä yksilötasol-
la ihmisten välisen vuorovaikutuksen voimavarana, vaikutusmahdollisuuksina sekä
mahdollisuutena parempaan terveyteen ja terveyden tasa-arvoon. (Jämsén – Pyykkö-
nen (toim.) 2014: 58–59, 67.)



Kuvio 1. Sosioekonomisen aseman yhteys osallisuuteen, demokratiaan luottamiseen ja terveyden tasa-arvoon. (Rouvinen-Wilenius 2012 teoksessa Jämsén – Pyykkönen (toim.) 2014.)

2.4 Elintapojen vaikutus terveyteen

Sosioekonominen asema muodostuu koulutuksesta, ammatista ja tuloista ja sillä on vaikutusta ihmisen altistumiseen elinympäristössään terveyttä vaarantaville tai vahvistaville tekijöille. Myös sosioekonomiseen asemaan liittyvät perinteet, arvot, asenteet ja verkostot ohjaavat väestön elintapoja. Sosioekonominen asema on kytköksissä sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön ja palveluista saatuun hyötyyn. (Rotko ym. 2011: 15.)

Vuonna 2010 käynnistynyt Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus osoittaa, että jopa reilu kolmannes työikäisestä väestöstä Suomessa kokee terveytensä keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi. Myös koulutus-, ammatti- tai tuloryhmittäin tarkastellen vähemmän koulutetut, työntekijäammateissa olevat ja pienituloiset kokevat terveytensä huonommaksi kuin vastaavasti paremmin koulutetut, suurituloiset ja toimihenkilöt. Työllisyystilannekin on yhteydessä koettuun terveyteen: työttömät kokevat terveydentilansa huonommaksi kuin työssä käyvät. 2000-luvulla koulutusryhmien välisten erojen kaven-

tuminen koetussa terveydessä on tasaantunut ja pysynyt viime aikoina ennallaan. (Kaikkonen ym. 2014a.)

Terveellinen, monipuolinen ravinto ja liikunta ovat tärkeitä kaikissa ikäryhmissä terveyden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Terveysvalinnoilla ja elintavoilla, kuten ravitsemuksella, liikunnalla ja päihteiden käytöllä on merkittäviä vaikutuksia kansantautien syntyyn ja ne aiheuttavat huomattavan osan estettävissä olevasta kuolleisuudesta. Elintavat opitaan pitkälti jo varhaislapsuudessa, mutta niiden vaikutus sairastuvuuteen voidaan nähdä vasta vuosikymmenien päästä. Näihin elintapoihin vaikuttaminen on merkittävä mahdollisuus väestön terveyden edistämisessä ja niihin vaikuttamalla voitaisiin saavuttaa huomattavia terveyshyötyjä väestön keskuudessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013: 23; Kiiskinen – Vehko – Matikainen – Natunen – Aromaa 2008.)

Suomalaisten keskeisimpiä terveysongelmia ovat sydän- ja verisuonitaudit, tyypin 2 diabetes, kotitapaturmat, vapaa-ajan tapaturmat ja murtumat. Riskitekijöinä voidaan pitää terveyden kannalta riittämätöntä liikuntaa, virheellistä ravitsemusta, ylipainoa, tupakointia ja alkoholin liikakäyttöä. (Kiiskinen – Vehko – Matikainen – Natunen – Aromaa 2008.) Elintason nousun ja elintapojen muuttumisen myötä myös ylipainoisuus ja lihavuus ovat yleistyneet ja niistä on tullut kansanterveydellinen ongelma. Ongelman ratkaisemiseksi tarvitaan koko yhteiskunnan yhteisiä toimia. Vertailussa Pohjoismaiden kesken suomalaiset ovat islantilaisten jälkeen Pohjoismaiden toiseksi lihavin kansa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013: 9–16.)

Sekä miesten että naisten painoindeksi on viime vuosikymmeninä noussut. Viimeisen kymmenen vuoden aikana väestön lihominen on pysähtynyt, mutta jäänyt liian korkealle tasolle. Lihavuuden tiedetään lisäävän riskiä sairastua lukuisiin sairauksiin, muun muassa tyypin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, dementiaan, masennukseen ja useisiin syöpäsairauksiin. Se on yhteydessä myös lisääntyneeseen kuolleisuusvaaraan, joka suurenee painoindeksin ylittäessä 30 kg/m². (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013: 9–19.)

Esimerkiksi sepelvaltimotautisairastavuudessa ja –kuolleisuudessa sosiaaliryhmien väliset erot ovat suuria. Ne aiheutuvat ainakin osittain riskitekijöissä ja elämäntavoissa vallitsevista eroista. Tupakointi näyttää olevan selvin sosiaaliryhmien välisiä kuolleisuuseroja selittävä riskitekijä. (Kiiskinen ym. 2008: 112.)

Yksi merkittävä työikäisen toimintaympäristö on työympäristö ja työhyvinvointi suuri osa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä (Työterveyslaitos 2015). Tutkimukset osoittavat selkeää näyttöä työstressin ja terveysongelmien, kuten mielenterveysongelmien, sydän- ja verisuonitautien, tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ja diabeteksen, välisestä yhteydestä (European Agency for Safety and Health at Work 2014). Myös työajalla ja työaikajärjestelyillä on vaikutusta väestön hyvinvointiin. Ne ovat muuttuneet Suomessa jatkuvasti elinkeinorakenteen, työn sisältöjen ja asiakkaiden tottumusten mukaan. Esimerkiksi palvelualan uudenaikaiset työaikajärjestelyt lisääntyvät jatkuvasti. Myös työajan kuormittavuudessa on tapahtunut muutoksia, kuten kokonaistyöajan lyhentyminen pitkällä aikavälillä, yksilöllisen työaikajouston lisääntyminen ja kuukausittain työajoissa joustaminen. Työelämän muutos on kuitenkin tuonut lisää aikapaineita. (Työterveyslaitos 2015.)

Työajoilla on sekä työhyvinvointia vahvistavia että vaarantavia vaikutuksia. Aikaiset aamuvuorot, yövuorot, pitkät työajat ja työaikojen epäsäännöllisyys saattavat lisätä työssä kuormittumista ja terveysriskejä. Vuorotyö, joka sisältää yötyötä, lisää painon nousun, sepelvaltimotaudin, aikuisiän diabeteksen ja muun muassa rintasyövän riskiä. Myös hyvien elämäntapojen ylläpito voi hankaloitua vuorotyötä tekevillä. (Työterveyslaitos 2015.) Matalapalkka-aloilla, kuten hoito- ja hoiva-alalla, vuorotyön tekeminen on varsin yleistä ja työ kuormittavaa.

2.4.1 Terveyserojen kaventaminen

Väestön eri ryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on ollut Suomen terveystoiminnan tavoite jo 1970-luvun lopulta lähtien (Rotko – Ahonen – Mustonen – Linnanmäki 2011: 13). Miksi terveyseroja sitten kannattaa kaventaa? Rotkon ym. (2011: 14) mukaan terveyseroja kaventamalla vaikutetaan terveysongelmien yleisyyteen ja turvataan myös palvelujen riittävyyttä. Se on myös edullista kansantaloudelle. Suomalaisten terveysongelmien painopiste on vähän kouluttautuneiden ryhmissä. Sosiaali- ja terveysministeriön arvion mukaan suorissa terveydenhuoltomenoissa voitaisiin säästää 1,5–2 miljardia euroa vuodessa, jos kaikkien väestöryhmien terveys olisi samalla tasolla kuin korkeasti koulutetuilla. Samalla myös työkyvyttömyyseläkeläisten ja sairauslomapäivien määrä vähenisi. Terveyserojen kaventamisessa on lisäksi kysymys perusoikeuksien turvaamisesta, oikeudenmukaisuudesta ja eettisyydestä.

Tehokkaimmin Suomen hyvinvointi- ja terveyseroja väestöryhmien ja sukupuolten välillä kavennetaan eri hallinnonalojen tiiviillä yhteistyöllä. Suomi on laatimassa kansallista suunnitelmaa, jonka tarkoituksena on parantaa muun muassa pienituloisten asemaa. Tärkeimmät keinot tämän saavuttamiseksi ovat riittävä perusturva ja oikein kohdenne-
tut palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011: 10.) Terveyserojen kaventamiseksi täytyy tuottaa kuvauksia ja saada kokemuksia hyvistä käytännöistä ja toimintatavoista (Rotko ym. 2014: 93).

Kansanterveyttä kohennetaan parhaiten parantamalla huono-osaisimpien suhteellista asemaa. Toimenpiteitä tulee kohdentaa haavoittuvassa asemassa oleville, kuten pientuloisille ikääntyneille. Työelämässä olevan väestönosan toimeentulo ja työolot turvataan yleissitovien työehtosopimusten vahvistamisella ja työelämän vähimmäisehtojen valvonnalla. Myös asumista voidaan tukea kehittämällä asumisen tukijärjestelmää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011: 11.)

Vaaraman ym. (toim.) (2010: 12) mukaan väestön yleistä terveydentilaa voidaan kohentaa erityisesti vaikuttamalla huono-osaisimpien terveyteen. Tämä tulisi saada nostettua väestön keskimääräiselle tasolle. Keinoiksi esitetään vaikuttamista suoraan väestön elintapoihin tiedottamisen, mutta myös kulutuksen verotuksen kautta, sosiaalipoliittiset keinot eriarvoisuuden vähentämiseksi sekä palvelujärjestelmässä esiintyvien, eriarvoa aiheuttavien tekijöiden vähentäminen. Yleisesti terveyden edistämisen prosessien malleissa voidaan nähdä vaihtelevasti yhteisiä piirteitä. Ensimmäisenä vaiheena nousee usein esiin tietoisuuden lisääminen ja siihen liittyvä sitoutuminen. Kuviossa 2 on esitetty jäsenitys terveyserojen kaventamistyön eri osa-alueista. Näitä ovat tavoitteen asettelu, yhteistyö, toimeenpano sekä tieto ja arviointi. (Rotko ym. 2014: 94.)



Kuvio 2. Terveyserojen kaventamistyön eri osa-alueet (Rotko ym. 2014).

Terveyserojen kaventamisesta on asetettu tavoitteet niin hallitusohjelmaan kuin Terveys 2015 -kansanterveysohjelmaan. Tavoitteita on asetettu myös alueellisesti ja paikallisesti. Tavoitteen asettelun edellytyksenä on ongelman tunnistaminen sekä kunnan erityispiirteiden, mahdollisuuksien ja potentiaalin ymmärtäminen. Myös sillä on merkitystä miten terveyserot ymmärretään – tavoiteltavaa on sosiaalisen aseman ja terveyden välisen kytköksen pienentämistä. (Rotko ym. 2014: 96.)

Seuraava terveyserojen kaventamisen osa-alue on yhteistyö, jossa Rotkon ym. (2014: 96–97) mukaan sosiaalisen aseman ja terveyden välisen kytköksen ja siitä seuraavien ongelmien ratkaisemiseksi tarvitaan koko yhteiskuntaa. Tärkeää olisi puuttua terveyserojen syytekijöihin, sillä terveyseroja kavennetaan myös hyvinvointieroja kaventamalla. Laaja-alaisen yhteistyön avulla voidaan lisätä väestön ymmärrystä sekä kehittää uusia menetelmiä terveyserojen kaventamiseksi. Olennaista on keskittyä myös toiminnan johtamiseen, koordinointiin ja resursointiin. Kaikilta hallinnonaloilta löytyy toimia, joiden avulla voidaan vaikuttaa eriarvoisuuteen ja sen kehitykseen.

Toimeenpanon osa-alueella tiedosta toimintaa siirryttäessä ongelmaksi on muodostunut toiminnan moninaisuus – kaventamistoimet tulisi pilkkoa konkreettisiksi tehtäviksi. Olennaista on kuntatasolla päättää toiminnan kohdentamisesta sekä toteutettavista toimista ja siitä, kuinka toimitaan. Suunnitelmassa tulisi täsmentää yritetäänkö toimilla vaikuttaa elinympäristöön, asuin- ja työolosuhteisiin, hyvinvoinnin edellytyksiin, käyttäytymisen valintoihin vai sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. On myös mietittä-

vä halutaanko vaikuttaa yksilöön vai rakenteisiin. Koko väestön tasolla eriarvoisuuden vähentäminen on mahdollista tunnistamalla enemmän tukea tarvitsevat ja kohdentamalla lisätukea heille. (Rotko ym. 2014: 97.)

Viimeisenä terveyserojen kaventamisen osa-alueista on tieto, seuranta ja arviointi. Seurantatieto väestön terveyden ja hyvinvoinnin kehityksestä on merkityksellistä hälyttävien ilmiöiden tunnistamiseksi ja toimien kohdentamiseksi oikealla tavalla. Tietoa väestön terveydestä saadaan muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Alueellisesta terveys- ja hyvinvointitutkimuksesta sekä kuntien omista tietojärjestelmistä. Tietoa terveyserojen kaventamisesta voidaan käyttää toimien valinnassa sekä eriarvoisuuden nostamisessa yleiseen keskusteluun. Eriarvoisuudesta koottua tietoa voidaan hyödyntää myös ymmärryksen lisäämisessä, yhteistyökumppaneiden hankkimisessa ja asiaan sitouttamisessa. (Rotko ym. 2014: 97–98.)

2.4.2 Kustannusvaikuttavuus

Useiden kannanottojen, kuten Maailman Terveysjärjestön (WHO), mukaan terveelliset elämäntavat, kuten sopiva ravinto ja riittävä liikunta, ovat terveyden edistämisen ja erilaisten kroonisten tautien ennaltaehkäisyyn kannalta avainasemassa. Näillä keinoilla lisätään myös aktiivisuutta ja parannetaan koettua terveyttä sekä ennen kaikkea voidaan saavuttaa suoria säästöjä. Taloudellisesti eniten vaikutuksia saadaan, kun väestön kohentuneen terveyden myötä työvoiman saatavuus ja suorituskyky paranevat sekä terveysongelmien muiden seurausten myötä tulevien kustannusten kasvua saadaan pienennettyä. Suomen hallitus korostaakin hallinnon alat ylittävällä terveyden edistämisen politiikkaohjelmallaan terveyden olevan sekä ihmisen tärkeimpiä arvoja että tärkeää niin taloudellisesti, sosiaalisesti kuin kehityksellisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 6–7.)

Aikuisiällä tapahtuvan painonnousun pysäyttämällä olisi suuri merkitys kansantaloudelle. Lihavuus ja sen liitännäissairaudet aiheuttavat merkittäviä kustannuksia muun muassa yhteiskunnalle, valtiolle, kunnille, Kelalle ja potilaalle. Terveydenhuollon kustannukset voidaan jakaa kolmeen luokkaan: suoriin kustannuksiin, tuottavuuskustannuksiin ja psykososiaalisiin kustannuksiin. Suorat kustannukset sisältävät muun muassa sairauden ehkäisyyn, toteamiseen, hoitamiseen ja kuntoutukseen liittyvät kustannukset. Tuottavuuskustannuksilla tarkoitetaan sairaudesta ja sen aiheuttamasta työstä

poissaolosta aiheutuvia kustannuksia. On arvioitu, että 1,4–7 % Suomen kaikista terveysmenoista aiheutuu lihavuudesta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013: 19–20.)

2.5 Terveyden edistämisen vaikuttavuus ja sen seuranta

Terveyden edistämisen vaikuttavuutta ja vaikutuksia voidaan arvioida eri tavoin. Eniten tietoa on saatavilla yksittäisistä terveyden edistämisen menetelmistä, kun taas laajempien rakenteellisten toimien vaikuttavuutta on vaikea arvioida. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.) Yleisesti ottaen terveyden edistämisen vaikutusten seuranta on hidas, sillä seurantatietoa on saatavilla vasta hyvinkin pitkien aikojen kuluttua. Tulevaisuudessa on panostettava terveyteen, toimintakykyyn ja sosiaalisten ongelmien ehkäisyyn ja siirrettävä painopistettä pois sairauden hoidosta ja suunnattava sitä hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen. Tällä tavoin parannetaan väestön elämänlaatua ja lisätään työllisyyttä, tuottavuuden kasvua ja yritysten menestymistä. Myös sosiaalimeinoja saadaan näin hillittyä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011: 6.)

Yksi keino tehdä terveyden edistämisestä vaikuttavampaa on huolehtia siitä, että sellaiset ammattiryhmät, joilla on työssään mahdollisuus olla vaikuttamassa ruoka- ja liikuntaympäristöön, on riittävästi tietoa liikunnan ja ravitsemuksen merkityksestä ja niiden terveyttä edistävän vaikutuksen edellytyksistä. Näiden opetuksessa tulisi olla laajasti hyvinvointia edistävä näkökulma. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 18.) Monikeyseisistä ammattiryhmistä luetaan myös matalapalkka-aloiksi.

2.5.1 Käytäntöjä terveyden edistämiseksi

Terveyttä edistetään usein hyviksi koettujen käytäntöjen ja menetelmien avulla. Niitä ei ole vielä kuitenkaan systemaattisesti arvioitu eikä niiden vaikutuksia, vaikuttavuutta ja kustannuksia täysin tiedetä. Laajemmin katsottuna terveellisiä valintoja voidaan tukea esimerkiksi elintarviketeollisuuden avulla, jolloin suolapitoisuutta vähentämällä voidaan tehokkaasti alentaa verenpainetta väestön keskuudessa. Myös tupakan hinnan korottamisella ja alkoholin hinnan ja saatavuuden säätelyllä voidaan vaikuttaa väestön valintoihin. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014a.)

Terveellisiin liikkumistapoihin voidaan vaikuttaa yhdyskuntarakennetta, kaavoitusta, kevyen liikenteen olosuhteita ja liikuntapaikkoja kehittämällä turvallisiksi, esteettömiksi

ja viihtyisiksi. Liikuntaympäristöjen tulisi olla kannustavia ja mahdollistaa kaikkien väestöryhmien päivittäinen liikunta. Ravitsemuksen kohdalla kuluttajilla tulisi olla mahdollisuus saada luotettavaa tietoa ravitsemuksesta ja elintarvikkeista. Elintarvikkeiden pakkausmerkintöihin vaikuttamalla niin kansallisella kuin kansainvälisellä tasolla voidaan parantaa kuluttajien mahdollisuuksia tehdä terveellisiä valintoja ruoan suhteen. Terveyttä voidaan edistää myös tukemalla verotuksellisin keinoin ravitsemussuositusten mukaisia vaihtoehtoja sekä korostamalla yritysten yhteiskuntavastuuta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 14–15.)

Seuraavat käytännöt ovat esimerkkejä vaikuttavista ja kustannusvaikuttavista terveyden edistämisen toimista. Näiden toimien toteuttaminen edellyttää niiden liittämistä osaksi laajempaa terveyden edistämisen kokonaisuutta sekä yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Monet näistä elintapoja muokkaavista toimenpiteistä on todettu tehokkaiksi elintapoihin liittyvien terveysongelmien, kuten sydän- ja verisuonitautien ja tyypin 2 diabeteksen, riskien alentajina. Esimerkiksi liikuntapalvelujen saatavuutta parantamalla voidaan terveyttä edistää tehokkaasti jo ennen terveysriskin ilmenemistä. Myös laadukkaisiin lapsiperhepalveluihin olisi syytä kiinnittää huomiota terveyttä edistävänä toimintana. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)

Yhtenä lukuisista terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen hanke-esimerkeistä on Itä-Suomen alueella 1.12.2011–30.11.2014 toteutettu Hyvinvointikioski-hanke. Sen tavoitteena oli luoda hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä julkisia matalan kynnyksen monipalvelupisteitä. Pää toteuttajana hankkeessa toimi Kuopion kaupunki. Kioskien toimintaan kuului asiakkaiden neuvonta ja ohjaaminen vastuulliseen itsehoitoon, omahoidossa tukeminen sekä asiakkaan tarpeiden mukaisesti toimintoihin ja palveluihin ohjaaminen. Pääpaino hankkeen toiminnassa oli asiakaslähtöisessä hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn edistämisessä alueen väestön keskuudessa. (Kuopion kaupunki 2015.)

Myös esimerkiksi Helsingin kaupunki on ryhtynyt Terve Helsinki –hankkeen myötä kaventamaan helsinkiläisten terveyseroja ottamalla käyttöön erilaisia vaikuttavia toimintatapoja. Työikäisen väestön terveyserojen kaventamisen tavoitteena oli vähentää helsinkiläisten työikäisten kuolleisuutta väkivaltaan, tapaturmiin, alkoholisairauksiin ja itsemurhiin. Hankkeen myötä kehitettiin muun muassa Päivystyksestä hoitoon –projektissa alkoholin riskikulutuksen varhaisen puuttumisen toimintamalli. Terve Helsinki –hankkeen loppuraportissa mainitaan, että työikäisen väestön terveyserojen ka-

ventamisessa on tärkeää saada oikea hoito oikeaan aikaan, mikä edellyttää palveluketjujen sujuvuutta, saumattomuutta sekä esteiden poistamista palvelusta toiseen siirryttäessä. (Hellsten – Louhio – Simoila 2012: 31–32.)

2.5.2 Kunnat väestön terveyttä edistämässä

Kunnat ovat avainasemassa väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamisessa. Laissa kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta (169/2007 § 6) kuntayhtymän tulee edistää alueellaan terveyden ja toimintakyvyn huomioon ottamista. Myös terveydenhuoltolaissa (1326/2010 § 12) on määriteltä kuntien terveyden ja hyvinvoinnin seuranta- ja raportointivelvoitteesta. Hyvinvointikertomus toimii kuntien apuvälineenä terveyserojen kaventamisen suunnittelussa ja seurannassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015).

Hyvinvointikertomuksen on tarkoitus ohjata kunnan hyvinvointipolitiikkaa. Siinä kuvataan muun muassa kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia toimenpiteitä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014c.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaiseman raportin mukaan yleisimmin kuntien johtoryhmissä seurattiin kuntalaisten toimeentuloa, koulusta ja työllisyyttä. Harvimminkin seurannan kohteena olivat kunnan asukkaiden tyytyväisyys elämäänsä, koulumenestys, lähisuhdeväkivalta ja väestöryhmien väliset terveyserot. Raportin mukaan yleisimmin kunnan asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin seurannasta oli vastuussa hyvinvointiryhmä tai sosiaali- ja terveystoimi. (Hätönen – Helakorpi – Ståhl 2013.)

Konkreettisesti kunnissa pystytään tekemään terveyden edistämiseksi paljon. Liikuntaa voidaan lisätä parantamalla liikuntapalvelujen saatavuutta, rakentamalla kevyen liikenteen väyliä, tiedottamalla terveyshyödyistä tai esimerkiksi järjestämällä lyhytneuvontaa terveydenhuoltokäyntien yhteydessä. Väestön ravitsemusta voidaan parantaa tarjoamalla neuvontaa ravinnon rasvoista yli 50-vuotiaille ja riskiryhmiin kuuluville sekä lisäämällä kuitua ravintoon. Painonhallintaa voidaan edistää tarjoamalla ravitsemusneuvontaa tai elämäntapaohjausta riskiryhmille. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)

Tupakoimattomuuteen kannustetaan tarjoamalla erilaisia tupakasta vieroitustoimia, kuten neuvontaa ja nikotiinikorvaushoitoa, tai esimerkiksi rajoittamalla tupakkatuotteiden myyntiä ja tehostamalla valvontaa. Myös alkoholin kohtuukäyttöön ja mielenterveyden edistämiseen tulee panostaa. Erityisesti tulisi kiinnittää huomiota koulukiusaa-

miseen ja nuorten sekä ikääntyneiden yksinäisyyteen, mutta myös tarjota varhaisen vaiheen tukea niille perheille, joiden vanhemmalla on mielenterveys- tai päihdeongelma. Väestön terveyttä voidaan kunnissa edistää myös tarjoamalla kohdunkaulansyövän, rintasyövän ja sikiön seulontoja sairauksien tunnistamiseksi. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)

Loppujen lopuksi kuntien ylin johto on vastuussa niistä strategisista päätöksistä, joilla kunnissa edistetään terveyttä. Edellä mainittujen keinojen lisäksi kuntien tulisi panostaa yhdyskuntasuunnitteluun, kulttuuripalveluihin, varhaiskasvatukseen, nuorisotyöhön sekä hyvään kouluympäristöön ja työpaikkoihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011: 7.)

2.6 Positiivisen psykologian näkökulma hyvinvointiin

Positiivinen psykologia on psykologian osa-alue, joka tutkii ihmiselämän kulkua, sen ylä- ja alamäkiä, voimavaroja, hyvinvointia ja vahvuuksia – heikkouksia unohtamatta. Positiivisen psykologian perusolettamuksena on, että ihmisen hyvyys ja erinomaisuus ovat yhtä todellisia kuin sairaus, vaivat ja ahdinko, joihin psykologia on aikaisemmin valtaosin keskittynyt. (Peterson 2006.) Toisin kuin muissa psykologian suuntauksissa, positiivinen psykologia näkee ihmisessä suurta sopeutumiskykyä ja kykyä kestää vaikeuksia (Ojanen 2007: 13). Se nivoutuu positiivisiin ajatuksiin, jotka tekevät elämästä elämisen arvoista. Suuntauksen päämääränä on jouduttaa muutosta psykologian kentällä vain huonojen asioiden korjaamisesta ihmisen positiivisten ominaisuuksien rakentamiseen. (Seligman – Csikszentmihalyi 2000: 5.)

Subjektiiivinen hyvinvointi on yksi neljästä keskeisestä ihmisen ominaisuudesta, josta positiivinen psykologiakin ammentaa. Subjektiiivinen hyvinvointi käsittää sen, kuinka ihminen kokee elämänsä ja mitä siitä ajattelee – myös onnellisuus ja optimisti liittyvät kiinteästi tähän käsitteeseen. Optimismi sisältää niin kognitiivisia, emotionaalisia kuin motivationaalisia elementtejä. Optimistisilla ihmisillä on tutkittu olevan parempi mieliala, he ovat sinnikkäämpiä ja menestyneempiä sekä heillä on parempi fyysinen terveys. He myös noudattavat paremmin sellaisia elämäntapoja, jotka johtavat parempaan terveyteen. Optimismin lisäksi kontrollin tunne heijastuu terveyteen – itsehallintaan kykenevä yksilö pystyy vastustamaan kiusausta paremmin eikä menetä helposti malttiaan. (Seligman – Csikszentmihalyi 2000: 9–10; Ojanen 2007: 74–75.)

2.7 Yhteenveto keskeisistä käsitteistä

Suomessa terveyden edistäminen on osa kansanterveystyötä ja se on kansanterveyslaissa määritelty – myös muut lait ja EU-lainsäädäntö määrittelevät terveyden edistämisen toimenpiteitä. Kansanterveyslain myötä väestömme sai lukuisia uusia palveluita kuntiin, kuten terveyskeskukset ja hammashoidon. Myös hoitotyö muuttui kansalaisia neuvovaksi ja osallistavammaksi. Sosiaali- ja terveystieteellisessä strategiassa on linjattu, että jokaisella on oikeus hyvinvointiin ja parhaaseen mahdolliseen terveyteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014c; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014d; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011: 4.)

Jo historian saatossa naiset ovat olleet työrintamalla miehiä heikommassa asemassa, niin kouluttautumisen kuin palkankin suhteen. Naisten tekemät työt ovat jo lähtökohtaisesti olleet suurelta osin matalapalkka-aloilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014b.) Kuten aiemmin todettua, matalapalkkaisuudella ja kouluttautumisella on nähty vahva yhteys myös terveyteen – matalapalkka-aloilla työskentelevillä on huomattavasti enemmän sekä fyysisiä että psyykkisiä terveysongelmia kuin ylemmillä toimihenkilöillä. Tämä taas vaikuttaa heidän työkykynsä ja elinoloihinsa. Näillä terveysongelmilla on taipumus kasautua juuri alhaisimpiin sosiaaliluokkiin ja siirtyä myös sukupolvelta toiselle (Rotko – Hannikainen-Ingman – Murto – Kauppinen – Mustonen 2014: 92). Siksi olisikin tärkeää tavoittaa nämä matalapalkkaiset naiset ja saada heidät löytämään voimavaransa, käyttämään niitä oikein, osallistumaan ja erityisesti sitoutumaan erilaisiin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen hankkeisiin. Valitettavasti suomalaisessa yhteiskunnassa usein juuri vähäosaisimmat jäävät vaille apua.

Terveyden edistämällä ei ole vaikutusta vain yksilön tasolla, vaan sillä on merkittäviä vaikutuksia myös yhteiskunnan tasolla sekä taloudellisesti että hyvinvoinnin osalta. Kunnat ovat tässäkin avainasemassa. Varsinkin kuntien ylin johto on vastuussa niistä strategisista päätöksistä, joilla kuntalaisten terveyttä edistetään. Tarkkoja vaikutuksia on hankala seurata, mutta se tiedetään, että erilaisilla terveyttä ja hyvinvointia edistävillä keinoilla voidaan saavuttaa suoria säästöjä ja ennen kaikkea parantaa kansalaisten koettua terveyttä. Työikäisen väestön kohentuneen terveyden myötä työvoiman saatavuus ja työntekijöiden suorituskyky paranevat. Myös terveysongelmia hoitamalla ja ennen kaikkea ennaltaehkäisemällä kustannusten kasvu saadaan taittumaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011: 7; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 6–7.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata aikaisempaan tutkimustietoon perustuen matalapalkkaisten naisten osallistumista terveyden edistämisen hankkeisiin. Tavoitteena on saada tietoa osallistumista edistävästä ja estävästä tekijöistä sekä kuvata ja arvioida terveyden edistämisen ohjauksen työvälineitä ja niiden toimivuutta matalapalkkaisten naisten osallistumisessa terveyden edistämisen hankkeisiin. Varsinkin matalapalkkaisten naisten sitouttamisella näihin hankkeisiin voitaisiin saavuttaa huomattavia yhteiskunnallisia hyötyjä käyttäen vaikuttavia elintapoja muokkaavia toimenpiteitä. Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössä käytetään integroivan kirjallisuuskatsauksen menetelmää.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät:

- 1) Selvittää ja kuvata matalapalkkaisten naisten terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista edistäviä ja estäviä tekijöitä.
- 2) Kuvata ja arvioida terveyden edistämisen ohjauksen työvälineitä ja niiden toimivuutta matalapalkkaisten naisten osallistumisessa terveyden edistämisen hankkeisiin.

4 Integroivan kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Tässä luvussa kuvataan integroivaa kirjallisuuskatsausta menetelmänä sekä sitä, miten se on tässä opinnäytetyössä toteutettu. Lisäksi luvussa esitetään artikkelien hakuprosessi ja kuvaillaan tutkimusaineisto pääpiirteissään. Lopussa on vielä muutama sana induktiivisesta sisällönanalyysistä.

4.1 Integroiva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Opinnäytetyöni pääasiallisena tehtävänä on tiedon keruu ja tutkimusmenetelmäksi olen valinnut kirjallisuuskatsauksen. Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa tutkimusaineiston

analyysitavan mukaan muun muassa meta-analyyseihin, metasynteeseihin, metayhteenvedoihin, systemaattisiin katsauksiin, integroiviin katsauksiin sekä laadullisiin katsauksiin (Johansson – Axelin – Stolt – Ääri (toim.) 2007: 84). Opinnäytetyössäni tutkimusaineistoa haetaan eri tietokannoista integroivan kirjallisuuskatsauksen tekniikkaa käyttäen. Integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla ilmiötä voidaan tarkastella mahdollisimman monipuolisesti ja arvioida kriittisesti. Integroiva katsaus on kaikkein laajin muoto kirjallisuuskatsauksista. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen verrattuna integroiva katsaus tarjoaa laajemman kuvan aihetta käsittelevästä kirjallisuudesta. Integroiva kirjallisuuskatsaus ei seulo tutkimusaineistoa yhtä tarkasti kuin systemaattinen katsaus. Se myös sallii erilaisin metodisin lähtökohdin, kuten teoreettisin ja empiirisin lähtökohdin, tehdyt tutkimukset analyysin pohjaksi. Vaiheittain kuvattuna integroiva kirjallisuuskatsaus ei juurikaan eroa systemaattisesta katsauksesta. (Salminen 2011: 8; Johansson ym. (toim.) 2007: 85.)

Integroivan katsauksen ajatuksena on kerätä ilmiötä koskeva tutkimustieto yhteen, punnita millaiseen näyttöön se perustuu sekä tehdä johtopäätöksiä yhteen vedetystä tiedosta ja sen nykytilasta. Kirjallisuuskatsauksen menetelmä on tutkimustiedon tutkimusta eli toisen asteen tutkimusta. Integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan esimerkiksi löytää uusia tutkimuskysymyksiä ja jatkotutkimusaiheita, tunnistaa olemassa olevien tutkimusten puutteita, arvioida kohteena olevan aiheen tieteellisen näytön vahvuutta, tunnistaa teoreettisia tai käsitteellisiä viitekehyksiä sekä tarkastella mitä tutkimusmetodeja aikaisemmissa tutkimuksissa on onnistuneesti käytetty. (Johansson ym. (toim.) 2007: 85–86; Tuomi – Sarajärvi 2009: 123.)

Monipuolisuuden ja kokonaisvaltaisuuden vuoksi integroivan kirjallisuuskatsauksen menetelmän hyödyntäminen opinnäytetyössä on perusteltua. Uskon tavoittavani sen avulla laaja-alaista tietoa tutkittavasta ilmiöstä sitoutumatta kuitenkaan liikaa tietyn metodin avulla tuotettuun tutkimustietoon. Kirjallisuuskatsaus on menetelmänä selkeä, vastaa parhaiten tutkimustehtäviin ja ohjaa opinnäytetyöprosessin etenemistä vaihe vaiheelta.

4.2 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Integroiva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa karkeasti viiteen vaiheeseen: tutkimusongelman asettelu, aineiston hankkiminen, arviointi, analyysi sekä tulkinta ja tulosten esittäminen (Cooper 1989, julkaisuun viitattu teoksessa Salminen 2011: 8). Tutkijan on

pyrittävä kattavaan kirjallisuushakuun ja kuvattava huolellisesti miten artikkelit on etsitty ja arvioitu, jotta lukijan on mahdollista arvioida aineiston keruun osuvuus ja mielekkyys. Myös aineiston keruun aikana tehtävät rajaukset tulisi perustella ja kirjata ylös huolellisesti. (Varonen – Semberg – Teikari (toim.) 1999: 13; Johansson ym. (toim.) 2007: 91.) Tämän toteutuessa tutkimus on toistettavissa kuvauksen perusteella.

Integroivan kirjallisuuskatsauksen periaatteita noudattaen tutkimustehtävien asetteluun ja tutkimuskysymysten muotoiluun jälkeen valitaan tietokannat, joista tutkimustehtäviin sopivat tutkimusartikkelit haetaan. Tutkimusjoukoksi on rajattu aihe-alueen mukaisesti matalapalkkaiset naiset. Kirjallisuuskatsausta toteutettaessa joudutaankin rajoittumaan aiheisiin, joista on jo olemassa jonkin verran tutkimustietoa (Johansson ym. (toim.) 2007: 90).

Seuraavassa vaiheessa valitaan hakustrategia ja -termit. Hakutermit valitaan niin, että tutkimusmateriaali vastaa parhaiten tutkimustehtäviin. Hakutermeinä käytetään tietokantojen omia asiasanoja sekä niitä voidaan muodostaa myös löytyneiden tutkimusten otsikoista ja tiivistelmistä. Haussa käytetään tietokantojen omia rajausmahdollisuuksia. Aineiston keruussa tulisi pyrkiä käyttämään kaikkia mahdollisia tiedonhaun menetelmiä, jotta otos olisi mahdollisimman edustava. Aineistoa voidaan kerätä muun muassa sähköisistä tietokannoista, sähköisistä hakupalveluista, artikkeleiden ja raporttien lähdeluetteloista, lehtien sisällysluetteloista, konferenssimateriaaleista ja erilaisista tutkimuksista pidettävistä tietokannoista. (Johansson ym. (toim.) 2007: 91.)

Tämän jälkeen hakutulokset karsitaan valittujen kriteerien mukaan. Aineistoksi hyväksytään sekä suomen- että englanninkielinen materiaali ja rajaavaksi kriteeriksi asetetaan 10 viimeistä julkaisuvuotta. Kieliharhaa voidaan estää hyväksymällä mukaan useammalla kielellä julkaistuja tutkimuksia (Varonen – Semberg – Teikari (toim.) 1999: 26). Tutkimusartikkeleiden hyväksymis- ja hylkäämiskriteerit esitellään omassa kappaleessaan.

Seuraavaksi arvioidaan tutkimusten tieteellinen laatu ja valikoidaan aineistosta laadukain materiaali. Integroivassa kirjallisuuskatsauksessa on olennaista arvioida mukaan otettuja tutkimuksia, jotta voidaan arvioida tulosten painoarvoa (Johansson ym. (toim.) 2007: 93). Valituista tutkimusartikkeleista luetaan ensin otsikot, sen jälkeen tiivistelmät ja koko tekstiin tutustumisen perusteella päätetään otetaanko kyseiset tutkimukset mukaan aineistoon ja kuinka hyvin ne vastaavat sisällyttämiskriteereitä. Osa aineistosta

saattaa karsiutua jo pelkän otsikon tai tiivistelmän lukemisen perusteella. Aineiston hakuprosessi kuvataan taulukkoon, josta se on helposti hahmotettavissa. Taulukkoon kuvataan tutkimuksen tekijä ja sen nimi, mistä tieto on haettu, miten tieto on haettu, tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät, tutkimusmenetelmä ja keskeiset tulokset.

Seuraavaksi artikkeleista tehdään aineistolähtöinen sisällönanalyysi, ryhmittely, luokittelu ja johtopäätökset. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan useasta lauseesta ajatuskokonaisuuksia. Ajatuksena on tehdä tutkimusten tuloksista kokonaisvaltainen tiivistelmä, jossa merkittävät tulokset erotetaan vähemmän merkityksellisistä. Merkittävistä tuloksista luodaan analyysissä yleisempiä päätelmiä. (Johansson ym. (toim.) 2007: 94–95.) Helakorven (1999: 71) mukaan ongelmaksi voi muodostua tutkijan subjektiiviset mieltymykset tai ajatuksellisten kokonaisuuksien järkevä muodostaminen. Tutkimuksista voi myös olla vaikeaa luoda yhdistelmää, jos ne ovat käsitteellisesti tai metodologisesti kovin erilaisia tai jos painotus on ainoastaan jo julkaistuissa tutkimuksissa. (Johansson ym. (toim.) 2007: 95–96.)

Käytännössä tutkimusartikkeleista etsitään kuvauksia matalapalkkaisten naisten osallistumisesta terveyden edistämisen hankkeisiin. Nämä alkuperäisilmaukset pelkistetään ja kirjoitetaan luetteloksi. Tämän jälkeen kuvaukset luokitellaan ja niistä muodostetaan pelkistettyjä ilmauksia. Näistä ilmauksista muodostuvat alakategoriat ja edelleen yläkategoriat sekä lopulta yhdistävä kategoria. Tuomen ja Sarajärven (2009: 124) mukaan ajatus ylä- ja alaluokkien syntymisestä sisällönanalyysin avulla on vain eräs sisällönanalyysin teoreettinen malli. He myös painottavat, että sisällönanalyysin avulla saadut luokat eivät ole kirjallisuuskatsauksen tulos, vaan tulos hahmottuu vasta silloin, kun muodostettujen luokkien sisällä tarkastellaan lähteisiin nojaten millaisia kuvauksia aihealueeseen liittyen tutkimusartikkeleista löytyy. Aineiston mielekäs analysointi on herkin erilaisille virheille (Johansson ym. (toim.) 2007: 95–96).

Tulosten oikeellisuuden ja todenperäisyyden arvioimiseksi kirjallisuuskatsauksen johtopäätökset on esitettävä selkeästi ja loogisesti (Johansson ym. (toim.) 2007: 97). Opinnäytetyön pohdinnassa kirjallisuuskatsauksen tuloksia tarkastellaan argumentoiden ja peilataan jo olemassa olevaan teorian tietoon. Pohdinnassa pyritään myös reflektomaan dialogisesti tutkijan omaa osaamista ja aikaisempaa tietämystä tutkimuksen tuottamiin tuloksiin sekä yleisesti kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun toteutusta. Opinnäytetyön lopussa esitetään mahdollisia tulevia tutkimuksen suuntia jatkotutkimusehdotuksina.

4.3 Artikkeleiden hyväksymis- ja poissulkukriteerit

Tutkimusartikkeleita haettaessa hyväksytään julkaisuvuodet 2005–2015 eli viimeiset kymmenen julkaisuvuotta. Tutkimusartikkeleiden tulee pohjautua tutkittuun tietoon. Artikkelin tulee myös olla saatavilla maksutta kokonaisena. Valittujen tutkimusten tulee liittyä ainakin pääosin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen kontekstiin sekä keskeisesti osallisuuteen ja terveyden edistämisen hankkeisiin sitoutumiseen. Tutkimukset rajataan mahdollisuuksien mukaan vain matalapalkkaisiin naisiin. Kieliharhan välttämiseksi kirjallisuuskatsaukseen hyväksytään suomen- ja englanninkielinen aineisto. Muun kielistä aineistoa ei ole mahdollista käyttää käännöspalveluiden puuttuessa.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusartikkeleiden poissulkemisessa käytetään seuraavia kriteerejä: artikkeli on julkaistu ennen vuotta 2005 tai artikkeli on puutteellinen tutkimusmenetelmän kuvailun osalta. Myös tutkimusartikkelin kontekstin ollessa väärä suhteessa kirjallisuuskatsauksen aiheeseen poissulkee tutkimusartikkelin kirjallisuuskatsauksesta. Johnssonin ym. (toim.) (2007: 92) teoksessa todetaankin, että jos kerätyt tutkimukset eivät käsittele kirjallisuuskatsauksessa kohteena olevaa aluetta, katsauksen hyväksymis- ja poissulkemiskriteerit eivät toimi, tutkimuksen laatu on heikkoa ja tutkimukset ovat kovin epäyhtenäisiä, ei myöskään lopputulos voi olla erityisen merkittävä.

4.4 Hakuprosessi ja artikkeleiden valinta

Tämän opinnäytetyön integroiva kirjallisuuskatsaus –osion aineiston keruu aloitettiin heinäkuussa 2015 ja sitä jatkettiin elokuussa valitsemalla tarkoitukseen sopivat tietokannat. Tällöin valittiin myös alustavat hakusanayhdistelmät, joita testattiin eri tietokantojen hakukoneissa. Tietokantavaihtoehtoja oli useita, joista tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoituivat seuraavat: *Medic*, *CINAHL (Ebsco)*, *Ovid MEDLINE(R) + Nursing Full Text Plus* + *Ovid Nursing Database* (kaikkiin viitattu myöhemmin pelkästään Ovidina). Aineistohakua tehtiin myös *JBICOnNECT*-, *Pubmed* ja *ScienceDirect*-tietokannoista, mutta näistä ei valikoitunut yhtään artikkelia kirjallisuuskatsauksen aineistoksi.

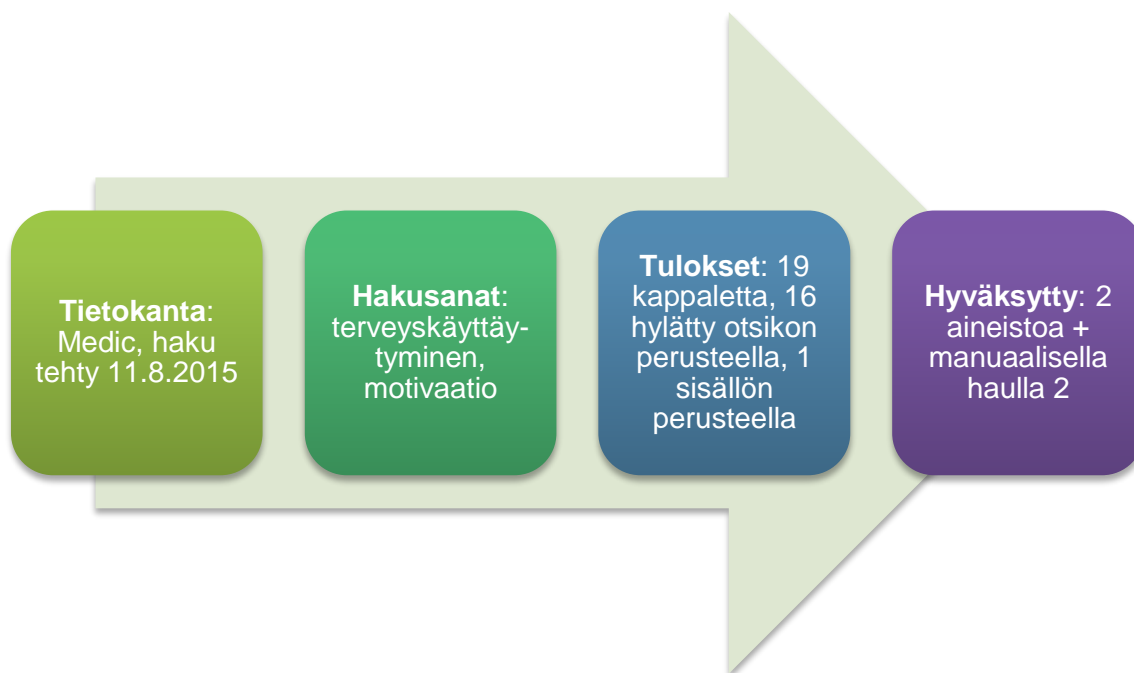
Yleisesti terveyden edistämisestä löytyi laajasti kirjallisuutta ja tieteellisiä julkaisuja, mutta hyvin usein kohderyhmänä olivat lapset tai nuoret tai sitten aineisto keskittyi jonkin tietyn potilasryhmän, kuten esimerkiksi aivohalvauspotilaat, terveyden edistämiseen ja erilaisiin hankkeisiin osallistumiseen. Myöskään suoranaisesti matalapalkkaisuuteen

viittaavilla hakusanoilla ei saatu kattavia hakutuloksia. Edellä mainittujen tietokantojen lisäksi aineistoa etsittiin myös Theseus ja E-thesis –tietokannoista.

Hakusanoina käytettiin seuraavia yhdistelmiä: *terveyskäyttäytyminen ja motivaatio*, *health promotion and participation and motivation* sekä *health promotion and participation and barriers and facilitators and adult*. Hakusanoja muodostettaessa ne yritettiin muotoilla niin, että ne tuottaisivat mahdollisimman spesifin ja laadukkaan aineiston, joka vastaisi tutkimustehtäviä ja aineiston sisällyttämisen- ja poissulkukriteereitä. Näkökulmana haussa toimi matalapalkkaisten naisten terveyden edistäminen ja erityisesti hankkeisiin osallistumisen ja sitoutumisen näkökulma.

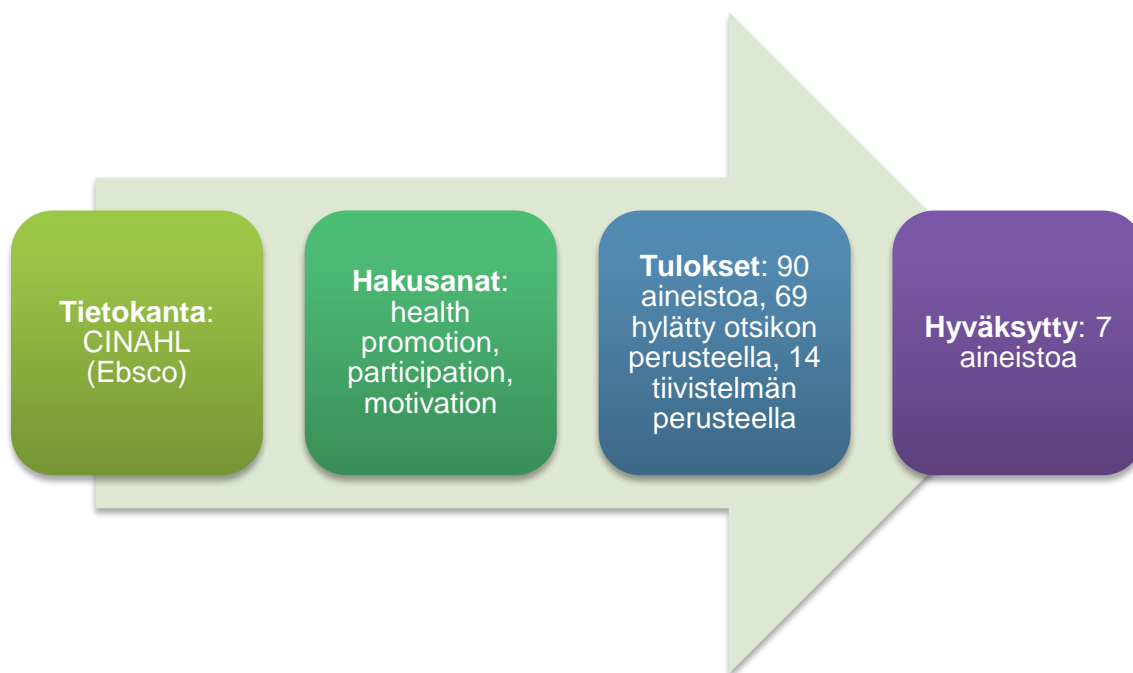
Seuraavissa kappaleissa käydään yksityiskohtaisemmin läpi kirjallisuuskatsauksen aineistohakua eri tietokannoista. Jokaisesta käytetystä tietokannasta on tehty erillinen kuvio, jossa mainitaan mistä tietokannasta on kyse, mitä hakusanoja kyseisestä tietokannasta haettaessa on käytetty sekä hylätty ja hyväksytty aineisto.

Kuvio 3 kuvaa tiedonhakua Medic-tietokannasta, joka osoittautui hedelmälliseksi varsinkin suomenkielisen aineiston osalta. Tässä tietokannassa kokeiltiin erilaisia hakusanayhdistelmiä, kuten terveyden edistäminen ja hoitomyöntyvyys sekä terveyden edistäminen ja hoitomyöntyvyys ja motivaatio, mutta toimivimmaksi osoittautui hakusanayhdistelmä *terveyskäyttäytyminen ja motivaatio*. Tällä haulla tuloksia löytyi 19 kappaletta, joista 16 hylättiin otsikon perusteella. Mukaan kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin kolme aineistoa sekä näiden aineistojen kirjallisuus-/lähdeluetteloista manuaalisella haulla vielä kolme lisää. Sisällyttämiskriteerit täyttäviä aineistoja olivat Absetz – Hankonen 2011, Michie – Abraham – Whittington – McAteer – Gupta 2009, Michie – Jochelson – Markham – Bridle 2009, Ylimäki 2015 ja Eloranta – Huomo – Virkki – Frilander-Paavilainen 2007.



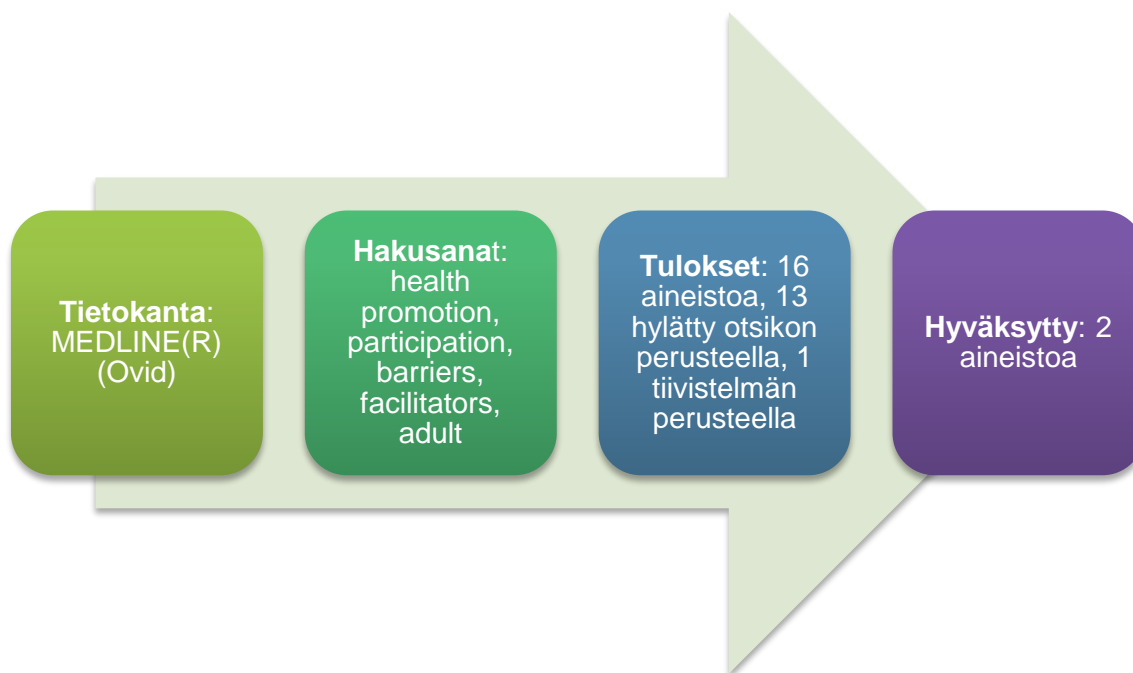
Kuvio 3. Medic-tietokannasta tehty systemaattinen tiedonhaku

Kuviossa 4 on kuvattu systemaattinen tiedonhaku CINAHL-tietokannasta. Hakusanoina käytettiin seuraavaa yhdistelmää: *health promotion, participation* ja *motivation*. Näillä hakusanoilla löytyi yhteensä 90 aineistoa, joista 69 hylättiin suoraan otsikon perusteella ja 14 tiivistelmän perusteella. Koko määrästä mukaan tähän integroivaan kirjallisuuskatsaukseen valikoitui peräti seitsemän aineistoa: Kaewthummanukul – Brown 2006, Phipps – Madison – Pomerantz – Klein 2010, Flannery – Resnick 2014, Kaewthummanukul – Brown – Weaver – Thomas 2006, Fienieg – Nierkens – Tonkens – Plochg – Stronks 2011, Huberty et al. 2010 ja Huberty et al. 2008.



Kuvio 4. CINAHL (Ebsco) –tietokannasta tehty systemaattinen tiedonhaku

Kuviossa 5 on kuvattu tiedonhakua Ovid-tietokannoista. Tässä haussa käytettiin hakusanoja *health promotion, participation, barriers, facilitators* ja *adult*. Myös kyseessä olevassa tietokannassa kokeiltiin samoja hakusanoja kuin edellisissä hauissa, mutta ne antoivat liian laajan tuloksen. Rajaamalla hakua ja lisäämällä siihen edistäviä ja estäviä tekijöitä kuvaavat hakusanat saatiin tiedonhausta systemaattisempi, tarkempi ja enemmän kirjallisuuskatsauksen näkökulmaa palveleva. Haku rajattiin aineiston osalta vain julkaistuihin lehtiartikkeleihin, jotta hakutulosta saatiin edelleen kavennettua. Tulokseksi saatiin 16 aineistoa, joista 13 hylättiin otsikon perusteella ja yksi tiivistelmän perusteella. Sisällyttämiskriteereitä vastasi 2 aineistoa: Rongen et al. 2014 ja Flannery – Resnick 2014. Jälkimmäinen artikkeli löytyi myös CINAHL-tietokannasta.



Kuvio 5. MEDLINE(R) (Ovid) –tietokannasta tehty systemaattinen tiedonhaku

Aineistohakua tehtiin myös E-thesis ja Theseus tietokannoista. E-thesis tietokannassa haku toteutettiin laajalla haulla hakusanoilla *terveyden edistäminen*. Näillä hakusanoilla löytyi 83 opinnäytettä, jotka käytiin läpi otsikon perusteella. Näistä ei kuitenkaan valittu yhtään niiden aihealueen epäsovivuuden vuoksi. Theseus-tietokannassa tehtiin tiedonhaku hakusanoilla *terveyden edistäminen + hoitomyöntvyys*, sillä pelkkä terveyden edistäminen –hakusanafrasina tuotti liian suuren aineistomäärän. Terveiden edistäminen + hoitomyöntvyys tuotti 59 osumaa, jotka käytiin läpi otsikon perusteella. Näistäkin päätettiin hylätä kaikki, koska mikään otsikoiden aihealueista ei osunut valintakriteereihin.

4.5 Aineiston kuvailu ja arviointi

Systemaattisessa tiedonhaussa käytettiin viittä tietokantaa, joista kolmesta tietokannasta kerättiin aineisto tähän kirjallisuuskatsaukseen. Edellisissä kappaleissa mainituilla hakusanoilla löytyi yhteensä 267 aineistoa, joista 240 kappaletta hylättiin otsikon perusteella ja 16 tiivistelmän tai koko tekstin perusteella. Kirjallisuuskatsauksen sisällyttämiskriteereitä vastasi 13 aineistoa, joista yksi on väitöskirja, loput 12 artikkeleita. Kolme tästä aineistosta on suomenkielisiä ja 10 kirjoitettu englannin kielellä. Kirjalli-

suuskatsaukseen mukaan otettu aineisto sijoittuu vuosille 2006–2015 eli näin ollen vastaa sisällyttämisen- ja poissulkukriteerejä.

Taulukkoon 1 on koottu tiedot kaikista kirjallisuuskatsaukseen valituista artikkeleista ja väitöskirjoista – sekä tutkimuksen tekijä että aineistotyyppi. Opinnäytetyön lopusta löytyvässä liitteessä 1 on avattu taulukkomuotoon tarkemmin mukaan otettujen artikkeleiden ja väitöskirjan tutkimuksen tekijä, tutkimuksen nimi, mistä tieto on haettu, miten tieto on haettu, tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät, tutkimusmenetelmä ja keskeiset tulokset.

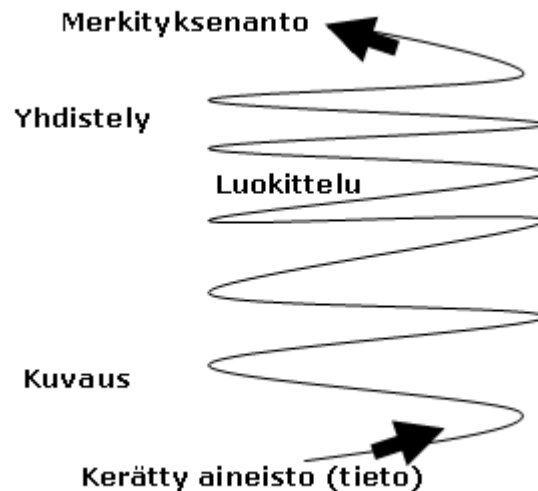
Taulukko 1. Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto

Aineiston tekijä/t	Aineistotyyppi
Rongen et al. (2014)	Tieteellinen artikkeli
Kaewthummanukul – Brown (2006)	Tieteellinen artikkeli (kirjallisuuskatsaus)
Absetz – Hankonen (2011)	Katsausartikkeli
Phipps – Madison – Pomerantz – Klein (2010)	Tieteellinen artikkeli
Michie – Abraham – Whittington – McAteer – Gupta (2009)	Tieteellinen artikkeli
Michie – Jochelson – Markham – Bridle (2009)	Katsausartikkeli
Flannery – Resnick (2014)	Tieteellinen artikkeli
Ylimäki (2015)	Väitöskirja
Kaewthummanukul – Brown – Weaver – Thomas (2006)	Tieteellinen artikkeli
Eloranta – Huomo – Virkki – Frilander-Paavilainen (2007)	Artikkeli (opinnäytetyö)
Fienieg – Nierkens – Tonkens – Plochg – Stronks (2011)	Tieteellinen artikkeli
Huberty et al. (2008)	Tieteellinen artikkeli
Huberty et al. (2010)	Tieteellinen artikkeli

Aineiston läpikäymisen ja arvioinnin perusteella artikkelit olivat jossain määrin homogeenisia ja antoivat yhteneväisiä tuloksia – tässä suhteessa aineisto täyttää luotettavuudelle ja pätevyydelle asetetut vaatimukset. Kaiken kaikkiaan aiheeseen sopivia ja tutkimuksen sisällyttämiskriteereitä vastaavia aineistoja löytyi kuitenkin vain 13, joten mistään kovin laajasta, edustavasta ja yleistettävästä tutkimuksesta ei voida puhua. Tätä voidaan pitää myös tämän tutkimuksen heikkoutena. Suurin osa aineistosta oli tieteellisiä artikkeleita, joten tutkimukselle voidaan kuitenkin antaa painoarvoa ja todeta aineiston keruun olleen riittävä. Aineistoa voidaan pitää neutraalina ja uskottavana sen tieteellisen näkökulman perusteella. Aineiston keruu on kuvailtu tarkasti ja se on toistettavissa.

4.6 Induktiivinen sisällönanalyysi ja aineiston tulkinta

Tieteenfilosofisessa jaottelussa tämä opinnäytetyö edustaa aristoteelista eli laadullista tutkimusta ja sen tutkimusaineiston analysoinnissa on käytetty induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Siinä analyysiyksiköt eivät ole ennalta määrättyjä ja aineisto on teorian lähtökohtana. Analyysi etenee yksittäisistä havainnoista yleisempiin väittämiin. Induktiivisessa lähestymistavassa on tärkeää pysytellä aineistossa, poissulkea ennakkokäsitykset ja edetä systemaattisesti. Analyysiä tehdessään tutkija reflektoi tekojaan sekä arvioi tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä. Tarkoituksena on myös avata tutkimuksen taustoja ja kertoa tutkimusprosessin aikana tehdyistä valinnoista. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006.) Kuviossa 6 on esitetty laadullisen aineiston analyysi kierros kierrokselta etenevänä prosessina.



Kuvio 6. Laadullisen aineiston analyysi kuvattuna kierros kierrokselta etenevänä prosessina (Kajaanin ammattikorkeakoulu n.d.).

Kaikki kirjallisuuskatsaukseen valitut aineistot on avattu ja niistä on etsitty kuvauksia matalapalkkaisten naisten osallistumisesta terveydenedistämisen hankkeisiin eli osallistumiseen edistäviä ja estäviä tekijöitä (merkitty taulukkoon hakasuluissa [1]). Aineistosta on myös haettu vastauksia toiseen tutkimustehtävään eli etsitty kuvauksia terveyden edistämisen ohjauksen työvälineistä (merkitty taulukkoon hakasuluissa [2]). Alkuperäisilmaukset on pelkistetty ja kirjattu luetteloksi. Näistä pelkistetyistä ilmauksista on muodostettu alakategorioita esimerkin mukaisesti (taulukko 2). Tässä on esitetty esimerkkitaulukko vain yhdestä tutkimusaineiston artikkelista, sillä suorien lainausten määrä koko aineistossa on suuri. Molemmat tutkimuskysymykset on erotettu omiin taulukoihinsa, mutta alla oleva esimerkki kuvaa vain yhden aineiston redusointia ja ryhmittelyä. Kyseisen tutkimusartikkelin avulla on etsitty vastausta ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, siitä johtuu merkintä [1] suorien lainausten perässä.

Taulukko 2. Esimerkki aineiston analyysikehyksestä

	Suorat lainaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat
Rongen et al. 2014	<p>“... a positive attitude towards the importance of participating in a WHPP was strongly associated with a positive intention.” [1]</p> <p>“The most frequently mentioned barrier preventing participation in a WHPP was ‘I am already healthy’...the most frequently mentioned facilitator was ‘I want to improve my health’” [1]</p> <p>“Employees who were positive about health promotion at work were more likely to have a positive intention towards participating in a WHPP, but were not more likely to actually participate.” [1]</p> <p>“...privacy-related factors would inhibit them from participating in a WHPP were more likely to have a negative intention towards participation.” [1]</p> <p>“...positive intention if they had a positive attitude towards WHPPs, a high level of social support, and a high level of self-efficacy and if their self-perceived health status was less than good.”[1]</p> <p>“...enrollment of participants may have been limited due to the set-up of the programs (e.g. group or individual programs; receiving information or completing assign-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Positiivinen asenne osallistumisen tärkeyttä kohtaan. • Osallistumista estää itsensä pitäminen terveenä. • Osallistumista edistää halu parantaa terveyttä. • Positiivinen asenne terveyden edistämistä kohtaan • Yksityisyyteen liittyvät tekijät estävät osallistumista. • Sosiaalinen tuki edistää osallistumista. • Pystyvyyden tunne edistää osallistumista. • Huonoksi koettu terveydentila edistää osallistumista. • Ryhmämuoto saattaa estää osallistumista joidenkin kohdalla. • Informaation saanti estää osallistumista. • Kotitehtävien teettäminen estää osallistumista. • Ryhmän kokoontumisaika estää osallistumista. • Ryhmästä tiedottaminen saattaa estää osallistumista. • Sosiaalisen ympäristön vaikutus osallistumiseen • Esimiesten tuki edistävänä tekijänä 	<p>Edistävät tekijät:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positiivinen asenne • Halu parantaa terveyttä • Sosiaalinen tuki • Pystyvyyden tunne • Huonoksi koettu terveydentila • Esimiehen tuki <p>Estävät tekijät:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Itsensä pitäminen terveenä • Yksityisyyteen liittyvät tekijät • Epämieluisa ryhmämuoto • Estynyt informaation kulku • Kotitehtävien tekeminen • Sopimaton ryhmän kokoontumisaika • Epämiellyttävä sosiaalinen ympäristö

ments as content), the time at which the program takes place (e.g. after work hours)...or the way the program is delivered (e.g. provision of information, availability).” [1]
 "...the influence of the social environment on actual participation.” [1]
 “Management support is found to be a major contributor to the success of WHPPs.” [1]

Tämän jälkeen alakategorioista on muodostettu yläkategorioita ja lopuksi yhdistävä kategoria. Tästä luokittelusta syntyvät vastaukset tutkimustehtäviin. Tutkimuksen tulokset ja kuviot on esitetty tarkemmin seuraavassa luvussa 5 (tulokset).

5 Tulokset

Tässä luvussa esitellään opinnäytetyön tutkimustulokset. Tutkimustulokset esitellään sisällönanalyysin kautta nousseiden yhdistävien kategorioiden mukaisesti. Ensimmäisenä esitellään matalapalkkaisten naisten terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista edistäviä ja estäviä tekijöitä ja sen jälkeen paneudutaan aineistosta nousseisiin terveyden edistämisen ohjauksen työvälineisiin. Siinä alaluvussa esitellään erilaisia hyväksi koettuja ohjauksen työvälineitä ja metodeja sekä arvioidaan niiden toimintaa. Tuloksia esitellessä käytetään sanoja elämäntapamuutos ja terveyden edistämisen interventio synonyymeinä ja hanke sanaa näiden kahden käsitteen kokoavana yläkäsitteenä.

5.1 Terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista edistävät tekijät

Ensimmäisen tutkimustehtävän yhdistäväksi kategoriaksi muodostui terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista edistävät ja estävät tekijät – ensimmäiseksi niistä esitellään edistävät tekijät. Sisällönanalyysin perusteella edistävät tekijät muodostuvat

asennoitumisesta, sosiaalisista suhteista ja tuesta, terveyden ja hyvinvoinnin tavoittelusta, työympäristön tuesta, motivaatiosta ja vuorovaikutuksesta.

5.1.1 Asennoituminen

Kirjallisuuskatsauksessa analysoidun aineiston mukaan myönteinen asenne ja pystyvyyden tunne viittasivat aikomukseen osallistua sekä todelliseen osallistumiseen terveyden edistämisen hankkeeseen. Ongelmaksi nousi kuitenkin niin sanottu *intention-behaviour gap* eli aikomuksen ja toiminnan välinen kuilu, jossa aikomus johti vain harvoin todelliseen osallistumiseen.

“... a positive attitude towards the importance of participating in a WHPP was strongly associated with a positive intention” (Rongen et al. 2014).

“...the most frequently mentioned facilitator was ‘I want to improve my health’” (Rongen et al. 2014).

“...oma aikomus on vahva onnistumista määräävä tekijä käytöksen muutoksessa...” (Ylimäki 2015).

Pystyvyys elämäntapamuutokseen oli yksi keskeisimmistä asennoitumiseen vaikuttavista tekijöistä. Elämäntapamuutokseen pyrkivät tarvitsevat kuitenkin ammattimaista ohjausta, keskustelua ja tukea muutoksessaan. Pystyvyyden tunne oli aineiston perusteella paras ennustaja fyysisiin aktiviteetteihin osallistumisessa. Henkilöillä, jotka arvioivat kuntonsa tyydyttäväksi tai huonoksi, oli muita fyysisiin aktiviteetteihin osallistujia enemmän aikomusta osallistua terveyttä edistäviin ohjelmiin.

5.1.2 Sosiaaliset suhteet ja tuki

Terveyden edistämisen hankkeisiin osallistuvat tai niihin osallistumista harkitsevat henkilöt tarvitsevat paljon sosiaalista tukea. Tuella on merkittävä rooli näihin ohjelmiin hauduttaessa sekä niissä onnistumisessa. Tuki voi tulla joko perheeltä, ystäviltä, vertaisilta, ohjaajalta, esimieheltä tai työtovereilta, riippuen siitä missä ympäristössä terveyden edistämisen ohjelma järjestetään. Esimerkiksi työpaikalla järjestettävissä terveyden edistämisen ohjelmissa osallistujat kokivat työtovereiden kanssa harrastamisen mielekkääksi.

“Management support is found to be a major contributor to the success of WHPPs” (Rongen et al. 2014).

"Perceived social support from both family members and friends, acquaintances, or co-workers was positively related to exercise participation..." (Kaewthummanukul – Brown – Weaver – Thomas 2006).

5.1.3 Terveyden ja hyvinvoinnin tavoittelu

Terveyden ja hyvinvoinnin tavoittelu nousi vahvasti esiin useammastakin aineiston artikkelista. Hankkeisiin osallistujat halusivat parantaa terveyttään ja kokivat terveyden edistämisen ohjelmat hyödyllisinä itselleen – hankkeissa tulisikin korostaa osallistujan henkilökohtaista terveyden hallintaa. Yksi merkittävimmistä terveyden edistämisen ohjelmaan sitouttavista tekijöistä oli huoli nykyisistä elintavoista ja niiden vaikutuksesta terveyteen.

"...the most frequently mentioned facilitator was 'I want to improve my health'" (Rongen et al. 2014).

"...perceived wellness was significantly associated with the level of participation..." (Kaewthummanukul – Brown 2006).

"...a desire to improve their health, positive reinforcement from pedometers about their daily physical activity counts (e.g., steps, aerobic steps), group interaction, and health benefits experienced (e.g., stress reduction, increased energy or reduced blood pressure)" (Flannery – Resnick 2014).

"Jos ihminen saadaan pohtimaan terveyden merkitystä elämässään ja elintapojen merkitystä terveydelle, on elintapaneuvonnalla edellytykset onnistua" (Eloranta – Huomo – Virkki – Frilander-Paavilainen 2007).

5.1.4 Työympäristön tuki

Työpaikoilla järjestettävillä terveyden edistämisen ryhmillä on suuri potentiaali saavuttaa iso osa 18–64-vuotiaista työkäisistä. Heillä on usein kiire työajan ulkopuolella, siksi erilaisia aktiviteetteja tulisi järjestää myös työajalla, jotta terveyshyödyt pystyttäisiin maksimoimaan.

"...workers with higher incomes tended to participate more in work-related physical activity, but not in sports activity, leisure-time activity, or overall physical activity..." (Kaewthummanukul – Brown 2006).

"...including supervisor support and workload management" (Phipps – Madison – Pomerantz – Klein 2010).

Aineiston perusteella työntekijän tulot eivät ole suoranaisesti yhteydessä terveyden edistämisen ohjelmiin osallistumiseen, mutta korkeampituloisilla on kuitenkin taipumus-

ta osallistua enemmän työpaikalla järjestettäviin liikunnallisiin aktiviteetteihin. Toisaalta heillä on taas vähemmän aikaa osallistua vapaa-ajan aktiviteetteihin johtuen työn kuormittavuudesta. Tutkimuksen perusteella työntekijät toivoivat tukea esimieheltään yleisesti sekä työmäärän hallintaan.

5.1.5 Motivaatio

Terveysten edistämisen ohjelmiin osallistumiseen vaikuttivat pystyvyyden tunne, koetut hyödyt, koettu terveydentila, osallistujan asenne, aikomus, yksilölliset tavoitteet ja koettu hyvinvointi. Erityisesti motivaation merkitys korostui useassa tutkimuksen aineistossa. Kun tavoite ja suunnitelma elämäntapamuutoksesta olivat yksilölle sopivia, myös motivaatio pysyi korkealla. Tärkeää oli usko muutoksen hyötyyn. Motivaation laskuun taas voivat vaikuttaa tuen puute, epärealistinen tavoite ja näkyvien tulosten puute.

“...personal goals and perceived wellness, were also predictors of participation...” (Kaewthummanukul – Brown 2006).

...positive reinforcement from pedometers about their daily physical activity counts (e.g., steps, aerobic steps)... (Flannery – Resnick 2014).

“...motivation was a statistically significant contributor to exercise participation prediction in this study...” (Kaewthummanukul – Brown – Weaver – Thomas 2006).

“...most mentioned the importance of the specific health goals of their project” (Fienieg – Nierkens – Tonkens – Plochg – Stronks 2011).

Kirjallisuuskatsauksen mukaan tavoitteiden asettaminen on hyödyllistä varsinkin pienituloisille, sillä he kokevat usein kontrollin puutetta. Elämäntapamuutoksessa onnistumista helpottavat aiemmasta toiminnasta nousevat konkreettiset toiminnalliset tavoitteet ja tarkat suunnitelmat. Myös omaa aiempaa toimintaa koskeva palaute lisää terveyden edistämisen ohjelmaan osallistujan pystyvyyden tunnetta.

5.1.6 Vuorovaikutus

Vuorovaikutuksen kohdalla aineistosta nousi esiin ryhmäläisten yhteistyö, kokemusten jakaminen ja ryhmään sitoutuminen. Elämäntapamuutosryhmän dynamiikka on onnistunutta, jos osallistujat ovat itse halukkaita osallistumaan ja ryhmäläisten tarpeet kohtaavat. Ryhmässä luodaan tärkeitä sosiaalisia suhteita ja niissä opittujen asioiden jakaminen esimerkiksi perheen kanssa koettiin hyödylliseksi. Tutkimuksen mukaan ul-

koopäin ohjautuvat ryhmäläiset saattavat osallistua todennäköisemmin terveyden edistämisen ohjelmiin, joissa on saatavilla tukea työtovereilta ja ammattilaisilta.

”...sharing what they learned in the program with family and friends was helpful...” (Flannery – Resnick 2014).

”...asiakas on halukas osallistumaan ja ryhmäläisten tarpeet ovat yhtäläiset” (Elo-ranta – Huomo – Virkki – Frilander-Paavilainen 2007).

Taulukossa 3 esitellään terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista edistävät tekijät, jotka ovat muodostuneet pelkistämisen, ryhmittelyn ja käsitteellistämisen tulok-sena.

Taulukko 3. Tutkimustehtävän 1 tulokset: terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista edistävät tekijät.

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
<ul style="list-style-type: none"> • Positiivinen asenne • Pystyvyyden tunne • Aikomus osallistua 	Asennoituminen	Terveyden edistämi- sen hankkeisiin osal- listumista edistävät tekijät
<ul style="list-style-type: none"> • Sosiaalinen tuki • Kollegiaalinen tuki • Ohjaajan tuki • Esimiehen tuki 	Sosiaaliset suhteet ja tuki	
<ul style="list-style-type: none"> • Huonoksi koettu terveydentila • Halu parantaa terveyttä • Saavutettavissa oleva terveydentila ja hyvinvointi • Koettu hyvinvointi • Terveyden merkityksellisyys • Elintapojen merkityksellisyys • Muutos terveydentilassa • Tietoisuuden lisääntyminen terveydestä 	Terveyden ja hyvinvoinnin tavoittelu	
<ul style="list-style-type: none"> • Korkeammat tulot • Esimiehen tuki työtaakan hallinnassa 	Työympäristön tuki	
<ul style="list-style-type: none"> • Koetut hyödyt • Tavoitteiden asettaminen • Motivaatio • Apuvälineiden käyttö 	Motivaatio	
<ul style="list-style-type: none"> • Ryhmävuorovaikutus • Ryhmäläisten yhtenevät tarpeet • Kokemusten jakaminen 	Vuorovaikutus	

5.2 Terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista estävät tekijät

Tässä kappaleessa esitellään terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista estävät tekijät. Sisällönanalyysin perusteella ne muodostuvat terveydellisistä ja toiminnallisista esteistä, jaksamattomuudesta, kannustuksen puutteesta, yksityiselämän velvollisuuksista, haluttomuudesta toimia ja osallistua ryhmätoimintaan ja interventioryhmän saavuttamattomuudesta.

5.2.1 Terveydelliset ja toiminnalliset esteet

Terveydelliseksi ja toiminnalliseksi esteiksi aineistosta nousivat esiin houkutukset, jo olemassa olevan terveydentilan negatiivinen vaikutus osallistumiseen sekä tarpeeksi hyväksi koettu terveydentila. Esimerkiksi työpaikalla muun henkilökunnan toiminta voi aiheuttaa houkutuksia ravitsemuksellista elämäntapamuutosta läpikäyvälle. Osa henkilöistä taas koki, että oma terveydentila estää terveyden edistämisen ohjelmaan osallistumisen – näin voidaan ajatella esimerkiksi obesiiteetin tai huonon peruskunnon haitaessa liikunta- ja toimintakykyä. Yhtenä estävänä tekijänä nähtiin myös ajatus siitä, että ihminen on jo tarpeeksi terve, eikä muutokselle ole tarvetta tai se ei ole ajankohtainen.

“The most frequently mentioned barrier preventing participation in a WHPP was ‘I am already healthy’...” (Rongen et al. 2014).

“...other staff ordering fast food from local restaurants...” (Flannery – Resnick 2014).

“...health reasons also have been shown to affect participation in exercise” (Kaewthummanukul – Brown – Weaver – Thomas 2006).

5.2.2 Jaksamattomuus

Terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumisen estäväksi tekijäksi sisällönanalyysin perusteella muodostunut jaksamattomuus koostuu useasta eri aspektista. Jaksamattomuus voi johtua työtaakasta ja sen huonosta hallinnasta, stressaavasta ja rasittavasta työstä, ajankäytön hallinnasta, muuttuvista työajoista tai jostakin muusta syystä johtuvasta energian puutteesta.

“Time for exercising was also frequently raised as a concern...” (Phipps – Madison – Pomerantz – Klein 2010).

“...time (work time and outside-of-work time) and outside-of-work responsibilities (e.g., child care) were program participation barriers” (Flannery – Resnick 2014).

“Occupational stress...may also influence levels of exercise participation among employees” (Kaewthummanukul – Brown – Weaver – Thomas 2006).

5.2.3 Kannustuksen puute

Vastapuolena edistävien tekijöiden sosiaalisille suhteille ja tuelle nousi osallistumista estävissä tekijöissä esille kannustuksen puute. Tämä esiintyi varsinkin liikuntaa ja liikunnallisia aktiviteetteja tutkineessa aineistossa. Ihminen tarvitsee onnistuakseen kannustusta, innostusta ja hyväksyntää, näin hän pystyy käyttämään koko kapasiteettiaan käydessään läpi elämäntapamuutosta.

“Perceived barriers to exercise, including work, lack of social support...” (Kaewthummanukul – Brown – Weaver – Thomas 2006).

5.2.4 Yksityiselämän velvollisuudet

Työhön liittyvissä interventio-ohjelmissa mahdolliset osallistujat kokivat halua pitää työ ja yksityiselämä erillään sekä halua suunnitella elämäntapamuutosta itsenäisesti. Jotkut myös kokivat, ettei vapaa-aikaakaan ole riittävästi osallistumiselle yksityiselämän velvollisuuksien, kuten lastenhoidon, vuoksi.

“...privacy-related factors would inhibit them from participating in a WHPP were more likely to have a negative intention towards participation” (Rongen et al. 2014).

“...time (work time and outside-of-work time) and outside-of-work responsibilities (e.g., child care) were program participation barriers” (Flannery – Resnick 2014).

5.2.5 Haluttomuus toimia ja osallistua ryhmätoimintaan

Haluttomuus osallistua ryhmätoimintaan ja toimia ryhmässä saattaa johtua esimerkiksi epämieluisasta ryhmämuodosta ja epämiellyttävästä sosiaalisesta ympäristöstä. Osan osallistujista saattaa karkottaa kotitehtävien tekeminen osana elämäntapamuutosryhmän ohjelmaa.

“...enrollment of participants may have been limited due to the set-up of the programs (e.g. group or individual programs; receiving information or completing assignments as content...” (Rongen et al. 2014).

”...the influence of the social environment on actual participation” (Rongen et al. 2014).

5.2.6 Interventoryhmän saavuttamattomuus

Viimeiseksi osallistumista estäväksi tekijäksi muodostui sisällönanalyysin perusteella interventoryhmän saavuttamattomuus. Voi olla, että mahdollinen osallistuja ei ole saanut informaatiota ryhmästä eli tiedottamisessa on ollut ongelmia tai osallistumisen estää ryhmän kokoontumisen ajankohtaan liittyvät tekijät, kuten sen toteutuminen työpäivän jälkeen. Voi myös olla, että ryhmä kokoontuu niin pitkän tai hankalan matkan päässä, ettei mahdollisella osallistujalla ole mahdollisuutta matkustaa ryhmän kokoontumispaikalle. Osallistumista estävänä tekijänä voidaan joissakin tapauksissa nähdä myös ryhmään osallistumisen kalliit kustannukset.

“...enrollment of participants may have been limited due to the set-up of the programs (...receiving information...), the time at which the program takes place (e.g. after work hours)...or the way the program is delivered (e.g. provision of information, availability)” (Rongen et al. 2014).

Taulukossa 4 esitellään terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista estävät tekijät, jotka ovat muodostuneet pelkistämisen, ryhmittelyn ja käsitteellistämisen tuloksena.

Taulukko 4. Tutkimustehtävän 1 tulokset: terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista estävät tekijät.

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
<ul style="list-style-type: none"> • Hyväksi koettu terveydentila • Terveydelliset syyt • Terveystilan negatiivinen vaikutus • Houkutukset • Turvallisuuden tunteen puute 	Terveydelliset ja toiminnalliset esteet	Terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista estävät tekijät
<ul style="list-style-type: none"> • Työtaakan hallinta • Stressaava työ • Ajankäytön hallinta • Muuttuvat työajat • Rasittava työ • Korkeammat tulot • Energian puute 	Jaksamattomuus	
<ul style="list-style-type: none"> • Sosiaalisen tuen puute 	Kannustuksen puute	
<ul style="list-style-type: none"> • Perheeseen liittyvät velvollisuudet • Yksityisyyteen liittyvät tekijät 	Yksityiselämän velvollisuudet	
<ul style="list-style-type: none"> • Epämieluisa ryhmämuoto • Kotitehtävien tekeminen • Epämiellyttävä sosiaalinen ympäristö 	Haluttomuus toimia ja osallistua ryhmätoimintaan	
<ul style="list-style-type: none"> • Fasilitteettien saavuttamattomuus • Korkeat kustannukset • Estynyt informaation kulku • Sopimaton ryhmän kokoontumisaika 	Interventioryhmän saavuttamattomuus	

5.3 Terveyden edistämisen ohjauksen työvälineet

Terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista edistävien ja estävien tekijöiden lisäksi tässä opinnäytetyössä tutkittiin toimivia ohjauksen työvälineitä. Ohjauksen työvälineiksi muodostuivat induktiivisen sisällönanalyysin perusteella monipuoliset ja kannustavat ohjausmenetelmät, ohjausta täydentävät tehtävät, aktiivinen osallistuminen ja dialogisuus, muutoksen mahdollistaminen, tekniikan hyödyntäminen, yhteisön tuki, ohjauksen tavoitteellisuus, motivaation ylläpitäminen, käytännön toiminta, muutoksen edistäminen, elämäntaitojen opettaminen, tavoitteellinen toiminta sekä edistymisen seuranta ja palautteenanto.

5.3.1 Monipuoliset ja kannustavat ohjausmenetelmät

Tehokkaimmaksi ohjausmenetelmäksi elämäntapainterventiossa osoittautui eri tekniikoiden yhdistäminen – se sai aikaan parhaat tulokset. Eri käyttäytymismuutosteoriat painottavat kuitenkin eri tekijöitä, ja tässä kohtaa kirjallisuuskatsauksessa saatiinkin hieman ristiriitaisia tuloksia. Michien, Abrahamin, Whittingtonin, McAteerin ja Guptan (2009) tutkimuksessa usean eri käyttäytymismuutostekniikan käyttäminen ei lisännyt vaikuttavuutta, vaan siinä todettiin intervention laadun ja luotettavuuden kärsivän useasta eri tekniikasta. Kyseisen tutkimuksen mukaan ohjauksen sisältö on vaikuttavuuden kannalta tärkeämpää kuin useat eri tekniikat. Toisen tutkimuksen mukaan varsinkin pienituloisten vaikuttavissa interventioissa käytettiin vain muutamaa tekniikkaa toisin kuin ei-vaikuttavissa.

Ravitsemusinterventioissa tavoitteellisen toiminnan mallin mukaiset tekniikat johtivat suurempaan painonpudotukseen. Esimerkiksi motivoiva haastattelu osoittautui tehokkaaksi menetelmäksi erityisesti motivaation herättelyssä ja sitoutumisen kasvattamisessa. Motivoiva haastattelu vaatii tekijältään vain pienen panostuksen, mutta tuottaa hyviä tuloksia.

Aineistosta nousi eräs mielenkiintoinen ohjauksen tekniikka, jota käytettiin fyysisen aktiivisuuden ja omanarvontunnon kohentamiseen – nimittäin kirjallisuuserho. Kyseisessä tutkimuksessa naisten omanarvontunto nousi verrattuna kontrolliryhmään. Kirjallisuuserho onnistui tuottamaan hyötyjä, koska se oli suunniteltu kasvattamaan naisten omavaraisuutta elämäntapamuutoksen suhteen.

”Motivoiva haastattelu on vaikuttava menetelmä...” (Absetz – Hankonen 2011).

“...this innovative approach [a Book Club] is feasible in increasing SW and PA among women” (Huberty et al. 2008).

”...an innovative book-club intervention was effective for improving selfworth, and increasing the ratio of perceived benefits compared to barriers towards PA” (Huberty et al. 2010).

”...tavoitteellisen toiminnan mallin mukaiset tekniikat liittyvät suurempaan painonlaskuun...” (Absetz – Hankonen 2011).

”Eri tekniikoiden yhdistäminen tuo todennäköisesti parhaat tulokset” (Ylimäki 2015).

5.3.2 Ohjausta täydentävät tehtävät

Terveysten edistämisen ohjelmassa ohjausta voidaan täydentää erilaisilla tapaamistehtävillä, kotitehtävillä tai tehtäväkirjoilla. Kuten aiemmin mainittua, tämä osoittautui joillekin henkilöille esteeksi osallistua näihin ohjelmiin. Tehtävien kautta elämäntapamuutosta läpikäyvät voivat luoda itsearviointi- ja ongelmanratkaisustrategioita oppiakseen voittamaan henkilökohtaiset esteensä.

”Asian sisäistämistä tuetaan tapaamisen yhteydessä erilaisilla tapaamistehtävillä, kotitehtävillä ja yhteiskeskusteluilla...” (Eloranta – Huomo – Virkki – Frilander-Paavilainen 2007).

”Women used books, a work-book, discussions, and their own experiences to create strategies for overcoming their personal barriers” (Huberty et al. 2010).

5.3.3 Aktiivinen osallistuminen ja dialogisuus

Aktiivinen osallistuminen ja dialogisuus terveyden edistämisen ohjauksen työvälineenä koostui seuraavista asioista: kokemuslähtöisyys, ryhmäkeskustelut, toisen toiminnan havainnointi, kokemusasiantuntijat sekä tiedon jakaminen. Analyysin perusteella toisen henkilön toiminnan havainnoinnilla ja siitä oppimisella oli myönteinen vaikutus elämäntapamuutosta läpikäyvälle. Myöskin aiemmasta toiminnasta nousevia konkreettisia toiminnallisia tavoitteita kannattaa hyödyntää ohjauksessa, sillä ne helpottavat elämäntapamuutoksessa onnistumista. Mielenkiintoista on myös se, että vertaistukija voi analyysin perusteella vaikuttaa yhtä tehokkaasti kuin asiantuntija varsinkin sydänterveyttä edistävään ryhmään sitoutumiseen.

Pienituloisten kohdalla tiedon jakaminen hyödyttää muita sosioekonomisia ryhmiä enemmän, sillä heidän tietoperustansa on tutkittu olevan muita pienempi. Tässäkin tiedon jakaminen muuttaa osallistujan käytöstä ainoastaan silloin, jos se yhdistetään johonkin käyttäytymisenmuutostekniikkaan, kuten itsehallintaan.

“...providing general information; providing information about the consequences of a particular behavior; helping to form an intention to change a behavior...” (Michie – Jochelson – Markham – Bridle 2009).

“...lay champions were noted to facilitate adherence to heart-healthy behaviors as effectively as trained interventionists...” (Flannery – Resnick 2014).

”...asiaa lähdettiin käsittelemään osallistujien lähtökohdista ja kokemuksista” (Ylimäki 2015)

5.3.4 Muutoksen mahdollistaminen

Muutoksen mahdollistaminen koostuu useasta eri aspektista. Jotta muutos olisi mahdollista, siihen tarvitaan elämäntapamuutoksen toteuttajalle sopivan hidas tahti ja helpot muutoskohteet. Ympäristön täytyy olla kannustava, eikä ohjaaja saa luoda osallistujille paineita. Tuomitseva asenne vähentää muutoksen tekijän pystyvyyden tunnetta ja toimii näin osallistumista estävänä tekijänä.

Interventioryhmän ohjaajan tulisi arvioida ohjauksen kestoa ja ohjaustapaamisten määrää, sillä niilläkin on merkitystä elämäntapamuutoksen onnistumiseen. Ylimäki (2015) toteaa tutkimuksessaan, että mitä useampaan ohjaustapaamiseen henkilö osallistuu, sitä parempia tuloksia saavutetaan. Osallistujien sitoutuminen on siis avainasemassa. Oppimismenetelmien omaksumisella tarkoitetaan tässä yhteydessä sellaisten taitojen opettamista, jotka auttavat ohjattavia löytämään keinoja, joiden avulla he pystyvät tulemaan toimeen omillaan.

“...the interventionist kept their spirit up and did not apply pressure...” (Flannery – Resnick 2014).

”...muutoksen tekijää kannustetaan etenemään pienin askelin ja valitsemaan aluksi helppoja muutoskohteita” (Ylimäki 2015).

”...mitä useampaan interventio-ohjaustapaamiseen henkilö osallistuu, sitä parempia terveyttä edistäviä tuloksia saavutetaan” (Ylimäki 2015).

”Lyhyelläkin ohjauksella voidaan saada aikaan terveyshyötyjä...” (Ylimäki 2015).

“...learning educational and behavioral strategies that may empower them to be active on their own...” (Huberty et al. 2008).

5.3.5 Tekniikan hyödyntäminen

Tekniikan hyödyntämisen osa-alue muodostui analyysin perusteella avustavasta teknologiasta, apuvälineistä ja testitulosten käytöstä. Testituloksia ja erilaisia mittareita voidaan hyödyntää interventioryhmään osallistujien motivoinnin keinona sekä tavoitteiden asettamisessa. Niillä voidaan osoittaa mahdollinen muutoksen tarve ja kohde sekä osoittaa muutosta läpikäyvälle onnistumisen hetkiä. Intervention jälkeen teknologiaa ja digitaalisia ratkaisuja voidaan hyödyntää seurantajaksojen aikana.

”...erilaisia potilasta koskevia testituloksia kannattaa käyttää” (Absetz – Hankonen 2011).

”Tällöin ohjauksessa voidaan motivoinnin keinona käyttää esimerkiksi askelmittaria...” (Ylimäki 2015).

”Niiden on hyvä myös sisältää erilaisia seurantajaksoja ja -muotoja, joissa voidaan hyödyntää esimerkiksi teknologiaa” (Ylimäki 2015).

”Testien avulla pyrittiin osoittamaan mahdollinen muutoksen tarve ja kohde sekä luoda onnistumisen tunne jo toteutuneena suosituksen mukaisena toimintana” (Ylimäki 2015).

”Testit ja niiden tulokset auttavat muutoksenkohteen tavoitteiden ja keinojen asettamisessa” (Ylimäki 2015).

5.3.6 Yhteisön tuki

Yhteisön tuki ilmenee erityisesti ryhmämuotoisissa interventioissa, joissa osallistujat saavat tukea toinen toisiltaan. Tuen tärkeys elämäntapamuutoksessa nousi vahvasti esiin useammastakin aineiston artikkelista ja se esitellään tässä ohjauksen työvälineenä. Ryhmäneuvonnalla on vahvat puolestapuhujansa – sillä on yksilöneuvontaa pienemmät kustannukset, ryhmän jäsenet saavat tukea toisiltaan ja osallistujien omatoimisuus vahvistuu. Teoreettinen tieto ja ryhmän jäsenten käytännön kokemukset täydentävät toisiaan. Yhteisön tuki on vahvasti yhteydessä sosiaalisiin suhteisiin ja työympäristön tukeen eli hankkeisiin osallistumista edistäviin tekijöihin.

“...planning social support or social change...” (Michie – Jochelson – Markham – Bridle 2009).

”Osallistujat olisivat tarvinneet lisää tukea...” (Ylimäki 2015).

5.3.7 Ohjauksen tavoitteellisuus

Elämäntapainterventio vaatii tuekseen selkeän teorian ja mallin, sillä ne antavat interventiolle suunnan ja helpottavat sen arviointia. Muutosvaihemalli on hyvä väline elämäntapamuutokseen, tässä mallissa muutos etenee prosessinomaisesti tunnistettavissa olevien toisistaan eroavien vaiheiden kautta. Muutosvaiheen tunnistamisesta on hyötyä ohjauksen suunnittelussa. (Marttila 2010.) Muutosvaihemallista on hyötyä varsinkin lyhyen tähtäimen (alle kuuden kuukauden) ohjauksessa.

”...interventiossa oli selkeä malli, joka eteni loogisesti, ja ohjaajat aktivoivat sekä tukivat osallistujia” (Ylimäki 2015).

”Interventioilla, joiden sisällössä käsitellään monipuolisesti ravintoa, liikuntaa, tupakointia ja alkoholinkäyttöä, saavutetaan vaikuttavia tuloksia...” (Ylimäki 2015).

5.3.8 Motivaation ylläpitäminen

Elämäntapamuutosryhmiin osallistujat toivoivat analyysin mukaan erilaisia palkkioita onnistumisistaan. Yhtenä esimerkkinä Flannery ja Resnick (2014) raportoivat osallistujien pitävän terveellisen ruoan saamista palkinnoksi. Motivaatiota voidaan kuitenkin ylläpitää myös muunlaisin keinoin, kuten ohjaajan kannustuksella sekä käyttämällä erilaisia kannustavia liikunnallisia pelejä ja aktiviteetteja motivoinnin työvälineenä.

“...providing rewards contingent on performing the behavior” (Michie – Jochelson – Markham – Bridle 2009).

“...participants reported they liked receiving healthy food for program prizes...” (Flannery – Resnick 2014).

“...the interventionist kept their spirit up...” (Flannery – Resnick 2014).

”Participants also liked exercise DVDs and dance games...” (Flannery – Resnick 2014).

5.3.9 Käytännön toiminta

Käytännön toiminta käsittää tässä yhteydessä elämäntapaintervention, erityisesti ravitsemusta koskevan, ohjaajan työvälineiksi makutestit ja terveellisten reseptien ja vinkkien jakamisen. Terveellisen ruoan maistattaminen voi olla hyödyllistä siinä mielessä, että joidenkin henkilöiden ruokavalio voi olla ollut jo vuosia hyvinkin yksipuolinen.

”...weekly taste tests of healthy food” (Flannery – Resnick 2014).

“...receiving healthy recipes as well as posting weekly health tips...” (Flannery – Resnick 2014).

5.3.10 Muutoksen edistäminen

Muutoksen edistäminen koostuu analyysin perusteella muutosaikomuksen vahvistamisesta ja muutoksen esteiden tunnistamisesta. Esimerkiksi ravitsemusinterventiot eivät edellytä aiempaa muutosvalmiutta. Intervention ohjaaja voi lisätä osallistujien tietoisuutta ja tukea päätöksessä, mutta jättää lopullisten johtopäätösten tekemisen osallistujalle itselleen. Ohjaajan täytyy kuitenkin ottaa huomioon ohjattavan psykososiaalinen tilanne sekä aikaisemmat tiedot ja taidot.

“...helping to form an intention to change a behavior...” (Michie – Jochelson – Markham – Bridle 2009).

“...identifying barriers to changing behavior...” (Michie – Jochelson – Markham – Bridle 2009).

5.3.11 Elämänhallintataitojen opettaminen

Elämänhallintataidot ohjauksen työvälineenä muodostuvat oman käyttäytymisen seurantaan ohjaamisesta ja pystyvyyden tunteen lisäämisestä. Analyysin perusteella oman käyttäytymisen seuranta on tehokas käyttäytymisenmuutostekniikka liikunta- ja ravitsemusinterventioissa. Omaseurannan yhdistäminen johonkin seuraavista käyttäytymisenmuutostekniikoista parantaa huomattavasti terveelliseen ruokaan ja fyysiseen aktiivisuuteen keskittyneiden elämäntapamuutosten vaikuttavuutta: täsmällinen tavoitteen asettelu tai aikomus osallistua, tavoitteen täsmentäminen, palautteen antaminen sekä aiemmin asetettujen tavoitteiden arviointi.

“...ohjaaminen oman käyttäytymisen seurantaan täydennettynä muilla tavoitteellisen toiminnan elementeillä” (Absetz – Hankonen 2011).

”Pystyvyyden lisääntyminen vaikuttaa myönteisesti elämäntapojen muutokseen...” (Absetz – Hankonen 2011).

“...tehokkain yksittäinen tekniikka liikunta- ja ravitsemuskäyttäytymisen muutoksissa on ohjaaminen oman käyttäytymisen seurantaan” (Absetz – Hankonen 2011).

5.3.12 Tavoitteellinen toiminta

Tavoitteellinen toiminta käsittää tavoitteiden asettamisen, täsmennetyt tavoitteet ja tavoitteiden tarkastelun. Elämäntapamuutosryhmän ohjaajan tulee auttaa ja tukea osallistujia asettamaan itselleen konkreettiset, toiminnalliset tavoitteet ja luoda yhdessä suunnitelma niiden toteutumiselle. Tavoitteita tulisi tarkentaa pitkin matkaa. Pienituloisista puhuttaessa täsmällisten tavoitteiden asettaminen on erityisen hyödyllistä kyseiselle ryhmälle, sillä he kokevat usein kontrollin puutetta elämästään.

”...aiemmasta toiminnasta nousevat konkreettiset, toiminnalliset tavoitteet ja niiden toteutukseen liittyvät tarkat suunnitelmat...” (Absetz – Hankonen 2011).

“...inclusion of the five techniques derived from control theory (i.e., prompt goal setting, specify goals in relation to contextualized actions...and review of previously-set goals)...” (Michie – Abraham – Whittington – McAteer – Gupta 2009).

5.3.13 Edistymisen seuranta ja palautteenanto

Analyysin perusteella edistymisen seurannan ja palautteenannon yhdistävä kategoria muodostui seuraavista osa-alueista: kertausluennot, seurantajaksot ja –muodot sekä seuranta ja palautteenanto. Palautteen saaminen omasta toiminnasta näyttäisi analyysin perusteella lisäävän vaikuttavuutta. Se auttaa interventioon osallistujaa tavoitteiden saavuttamisessa, muutoksessa ja oppimisessa. Seurannassa ja palautteenannossa voidaan tulevaisuudessa hyödyntää yhä enemmän digitaalisia ratkaisuja ja teknologiaa.

”Seuranta ja palautteenanto osana rutiinikäyntejä lisäävät vaikuttavuutta” (Absetz Hankonen 2011).

“...inclusion of the five techniques derived from control theory (i.e. ...feedback on performance...” (Michie – Abraham – Whittington – McAteer – Gupta 2009).

“...more education topics, holding refresher classes for complex topics (e.g., learning to read food labels), only covering one topic at a time...” (Flannery – Resnick 2014).

”Niiden on hyvä myös sisältää erilaisia seurantajaksoja ja -muotoja, joissa voidaan hyödyntää esimerkiksi teknologiaa” (Ylimäki 2015).

Taulukossa 5 esitellään terveyden edistämisen ohjauksen työvälineet, jotka ovat muodostuneet pelkistämisen, ryhmittelyn ja käsitteellistämisen tuloksena.

Taulukko 5. Tutkimustehtävän 2 tulokset: terveyden edistämisen ohjauksen työvälineet.

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
<ul style="list-style-type: none"> Kirjallisuuserho Tavoitteellisen toiminnan tekniikat Yhdistetyt ohjaustekniikat Motivoiva haastattelu 	Monipuoliset ja kannustavat ohjausmenetelmät	Terveyden edistämisen ohjauksen työvälineet
<ul style="list-style-type: none"> Oppimismateriaalin käyttö Tapaamistehtävät Kotitehtävät 	Ohjausta täydentävät tehtävät	
<ul style="list-style-type: none"> Kokemuslähtöisyys Ryhmäkeskustelut Toisen toiminnan havainnointi Kokemusasiantuntijat Tiedon jakaminen 	Aktiivinen osallistuminen ja dialogisuus	
<ul style="list-style-type: none"> Hidas eteneminen Helpot muutoskohteet Vapaa ympäristö Ohjauksen keston arviointi Ohjaustapaamisten määrän arviointi Oppimismenetelmien omaksuminen 	Muutoksen mahdollistaminen	
<ul style="list-style-type: none"> Avustava teknologia Apuvälineet Testitulosten käyttö 	Tekniikan hyödyntäminen	
<ul style="list-style-type: none"> Sosiaalinen tuki 	Yhteisön tuki	
<ul style="list-style-type: none"> Selkeä ohjausmalli Monipuolinen ohjaus 	Ohjauksen tavoitteellisuus	
<ul style="list-style-type: none"> Palkitseminen Motivointi Liikunnalliset aktiviteetit motivoijana Osallistujien aktivointi 	Motivaation ylläpitäminen	
<ul style="list-style-type: none"> Makutestit Terveelliset reseptit ja vinkit 	Käytännön toiminta	

Taulukko jatkuu edelliseltä sivulta.

<ul style="list-style-type: none"> • Muutosaikomuksen vahvistaminen • Muutoksen esteiden tunnistaminen 	Muutoksen edistäminen	
<ul style="list-style-type: none"> • Oman käyttäytymisen seurantaan ohjaaminen • Pystyvyyden tunteen lisääminen 	Elämänhallintaitojen opettaminen	
<ul style="list-style-type: none"> • Tavoitteiden asettaminen • Täsmennetyt tavoitteet • Tavoitteiden tarkastelu 	Tavoitteellinen toiminta	
<ul style="list-style-type: none"> • Kertausluennot • Seurantajaksot ja –muodot • Seuranta ja palautteenanto 	Edistymisen seuranta ja palautteenanto	

6 Pohdinta

Tässä luvussa tarkastellaan opinnäytetyön tuloksia lähemmin ja pohditaan niiden merkitystä suhteessa opinnäytetyön teoriaosassa esitettyyn materiaaliin. Sekä terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista edistävät tekijät, estävät tekijät että ohjauksen työvälineet käsitellään omina alalukuinaan. Tulosten tarkastelun jälkeen niistä tehdään vielä lyhyt yhteenveto. Lopuksi pohditaan tämän opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta sekä esitetään jatkotutkimusehdotuksia.

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön lähtökohtana oli käydä läpi terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista käsittelevää tutkimusartikkeliaineistoa ja etsiä siitä hankkeisiin osallistumista edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä ohjauksen toimivia työvälineitä ja malleja integroivan kirjallisuuskatsauksen menetelmää käyttäen. Osallistumista edistäviä tekijöitä aineistosta nousi kuusi, samoin estäviä tekijöitä. Ohjauksen työvälineitä aineistosta nousi esiin 13. Tutkimusaineisto oli hyvin monipuolista, mutta vain yksi tutkimusartikkeli käsiteli yksinomaan pienituloisia. Jos asiaa olisi lähdetty tarkastelemaan käyttäen esimer-

kiksi etnisyyttä määräävänä tekijänä, tuloksia olisi löytynyt laajemmin. Ohjausinterventtioiden tulisi kuitenkin perustua sellaiseen tietoon tekijöistä, jotka vaikuttavat elämäntavan muutoksen hyväksymiseen. Näin ollen tulokset ovat yleistettävissä kaikkien sosio-ekonomisten ryhmien elämäntapamuutosryhmiin osallistumiseen.

6.1.1 Terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista edistävät tekijät

Hankkeisiin osallistumista edistäviksi tekijöiksi muodostuivat asennoituminen, sosiaaliset suhteet ja tuki, terveyden ja hyvinvoinnin tavoittelu, työympäristön tuki, motivaatio sekä vuorovaikutus. Kaikki osa-alueet ovat tasavertaisia suhteessa toisiinsa eikä mikään noussut tutkimusaineistosta määrääväksi tekijäksi tarkasteltaessa elämäntapainventtioon osallistumista. Ihmisten erilaiset luonteenpiirteet ja ominaisuudet saavat osallistumisen edistävät tekijät näyttäytymään jokaisen kohdalla eri valossa – toiselle korostuvat motivaatio ja toiselle sosiaaliset suhteet ja muiden antama tuki. Syyseuraus-suhteita osa-alueiden välillä voi kyllä olla. Motivaatio voi syntyä perheen tai ohjaajan tuesta tai vuorovaikutuksesta muiden ryhmäläisten kanssa. Interventtioryhmän ohjaajan kannattaakin panostaa osallistujien ryhmäytymiseen ja tutustumiseen, tällä luodaan osallistujien välille salliva, turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri.

Optimistinen ajattelutapa auttaa ylläpitämään motivaatiota. Positiivisen psykologian silmin katsottuna optimismi sisältää myös motivationaalisia elementtejä. Optimistiset ihmiset ovat sinnikkäämpiä ja menestyneempiä – nämä tekijät ovat merkityksellisiä myös elämäntapainventtiosta puhuttaessa. Tutkimusten mukaan tällaiset henkilöt noudattavat paremmin terveellisiä elämäntapoja. (Seligman – Csikszentmihalyi 2000: 9–10; Ojanen 2007: 74–75.)

Jämsénin ja Pyykkösen (toim.) (2014: 58–59, 67) mukaan terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumisessa on olennaista omakohtainen sitoutuminen, omaehtoinen toiminta ja omaa elämää koskevien asioiden kulkuun vaikuttaminen. Käsitteeseen liittyy vahvasti myös ajatus vastuun ottamisesta seurauksista. Osallisuudenkin kannalta keskeiset aspektit eli sosiaalinen, kulttuurinen ja taloudellinen pääoma jakautuvat tiettyjen ihmisryhmien kesken samoin kuin terveys. Ne henkilöt, jotka eniten tarvitsisivat tukea, saavat sitä vähiten. Tässäkin opinnäytetyössä tuen merkitys nousi aineistosta vahvana perheen, ystävien ja ohjaajan antaman tuen, työympäristön tuen sekä vuorovaikutuksen muodossa. Tuen saamisella voi siis olla merkittävä vaikutus siihen osallistuuko ihminen ylipäätään elämäntapamuutosryhmään.

Rongenin ym. (2014) tutkimuksessa todettiin kaikkien osallistumista edistävien tekijöiden lisäävän todennäköisyyttä myönteiseen suhtautumiseen osallistumista kohtaan. On siis vielä erotettava ihmisen aikomus osallistua ja todellinen osallistuminen. Niiden välillä tuntuisi olevan niin sanottu intention-behaviour gap eli aikomuksen ja varsinaisen toiminnan välinen kuilu. Tässä prosessin kohdassa terveydenhuollon ennaltaehkäisevällä toiminnalla sekä esimerkiksi kuntien tarjoamilla matalan kynnyksen palveluilla ja ympäristön viihtyvyyden parannuksilla on merkittävä vaikutus aikomuksen ja toiminnan välisen kuilun kaventamisessa.

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto käsitteli interventioita niin vapaa-ajalla kuin työympäristössä. Hankkeisiin osallistumista edistävät tekijät eivät kuitenkaan eronneet interventioympäristön vaihtuessa. Rongenin ym. (2014) tutkimuksessa edistäviä tekijöitä kokevilla henkilöillä oli enemmän myönteisiä aikomuksia osallistua terveyden edistämisen hankkeisiin, kun taas estäviä tekijöitä kokevilla oli enemmän kielteisiä aikomuksia osallistua. Ihmiset harkitsivat osallistumista näihin hankkeisiin, jos esimerkiksi halusivat parantaa terveyttään tai kokivat ohjelman hyödylliseksi. Työympäristössä järjestettävissä ryhmissä ihmiset kokivat työtovereiden kanssa harrastamisen mielekkääksi ja myös jonkinlaista painetta – positiivistakin – siitä, että omat esimiehet ja työtoverit odottavat henkilön osallistuvan. Liikuntainterventioiden osalta henkilöt, jotka eivät tällä hetkellä liiku, ovat potentiaalisimpia osallistujia fyysisiin interventio-ohjelmiin työpaikalla (Phipps – Madison – Pomerantz – Klein 2010).

6.1.2 Terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista estävät tekijät

Terveyden edistämisen hankkeisiin osallistumista estävät tekijät muodostuivat terveydellisistä ja toiminnallisista esteistä, jaksamattomuudesta, kannustuksen puutteesta, yksityiselämän velvollisuuksista, haluttomuudesta toimia ja osallistua ryhmätoimintaan ja interventioyhmän saavuttamattomuudesta. Suurin osa näistä esiin nousseista osallistumista estävistä tekijöistä on ihmisen sisäisiä tekijöitä ja vain yksityiselämän velvollisuudet sekä interventioyhmän saavuttamattomuus voidaan katsoa ulkoisiksi eli ympäristöstä johtuviksi tekijöiksi.

Terveydellisillä ja toiminnallisilla esteillä tarkoitetaan muun muassa sellaista tilannetta, jossa ihminen kokee olevansa jo tarpeeksi terve, eikä näe elämäntapamuutokselle tarvetta. Tämä linkittyy omalta osaltaan myös haluttomuuteen toimia ja osallistua ryhmä-

toimintaan. Haluttomuuteen voi liittyä myös huono itseluottamus ja itsetunto sekä uskalluksen puute ja muutoksen pelko. Jaksamattomuus tässä tutkimuksessa liittyi pitkälti työhön ja sen aiheuttamaan taakkaan sekä stressiin. Sosioekonomista asemaa tarkasteltaessa jaksamattomuus voi johtua sekä korkeasta että pienituloisilla pitkistä päivistä ja vähäisestä vapaa-ajasta. Vapaa-ajan liikuntakin on nykypäivänä jakautunut huolestuttavasti: pienituloiset ja vähemmän koulutetut ovat entistä passiivisempia, kun taas korkeammin koulutetut harrastavat yhä enemmän ja entistä fyysisempiä lajeja. Heikko taloudellinen tilanne tekee pienituloisista eriarvoisia kalliiden fyysisten aktiviteettien suhteen.

Mitä siis voimme tehdä? Tärkeintä olisi tiedostaa minkälaisesta tuesta elämäntapamuutosta harkitsevat ihmiset hyötyvät, jotta estävät tekijät voidaan muuttaa mahdollisuudeksi ja tätä kautta auttaa heitä muutoksen alkuun. Jotain täytyy tapahtua, jotta pystymme tavoittamaan kaikki nämä ihmiset. Yhteiskunnalla ei ole enää varaa hoitaa vain sairaita, vaan panostuksen täytyy näkyä yhä enemmän ennaltaehkäisyssä, hyvinvoinnissa ja tiedon jakamisessa. Myönteiset kokemukset, tuki, yksilöllisten tarpeiden huomiointi ja niihin vastaaminen, roolimallit ja tiedon saaminen – nämä ovat huomion arvoisia asioita, joita osallistumista miettivä henkilö tarvitsee päästäkseen alkuun. Mahdolliset osallistujat täytyy saada mukaan toimintaan, mutta myös sitoutumaan siihen ja pysymään ryhmässä.

6.1.3 Terveiden edistämisen ohjauksen työvälineet

Ohjauksen työvälineiksi muodostuivat analyysin perusteella monipuoliset ja kannustavat ohjausmenetelmät, ohjausta täydentävät tehtävät, aktiivinen osallistuminen ja dialogisuus, muutoksen mahdollistaminen, tekniikan hyödyntäminen, yhteisön tuki, ohjauksen tavoitteellisuus, motivaation ylläpitäminen, käytännön toiminta, muutoksen edistäminen, elämäntaitojen opettaminen, tavoitteellinen toiminta sekä edistymisen seuranta ja palautteenanto.

Kaikkien näiden työvälineiden on tarkoitus edistää terveyden edistämisen hankkeeseen osallistuvan kykyä olla oman elämänsä asiantuntija ja parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Osallistuja itse valitsee mitä toimintamallia haluaa noudattaa ja osallistuu aktiivisesti toimintaan omien tavoitteidensa mukaisesti. Osallistuja nähdään siis aktiivisena toimijana, eikä niinkään passiivisena kuuntelijana. Ohjaaja taas pyrkii omalla toi-

minnallaan vahvistamaan osallistujan kykyä tehdä itsenäisiä päätöksiä ja toimimaan jatkossakin asettamiensa tavoitteiden mukaisesti.

Useammassa tutkimusartikkelissa korostettiin vaikuttavan ohjausmenetelmän koostuvan usean eri menetelmän kombinaatiosta. Yhdistelemällä eri menetelmiä saatiin vaikuttavimmat tulokset. Tässäkin opinnäytetyössä analyysin perusteella muodostui sellaisia ohjauksen työvälineitä, joita on helppo yhdistää keskenään. Menetelmissä korostuvat paljon esillä ollut kannustaminen ja tuki sekä ohjattavan aktiivinen osallistuminen ja vuorovaikutus muiden ryhmäläisten kanssa. Myöskään tässä tutkimuksen osaluueessa ei juurikaan pystytä arvioimaan erikseen erityisesti matalapalkkaisten naisten tarvitsemaa ohjausta. Se kuitenkin tutkimusartikkeleista kävi ilmi, että pienituloisten ohjauksessa vaikuttavampaa on yhdistää vain muutamaa ohjaustekniikkaa. Toinen matalapalkkaisten ohjauksessa huomioon otettava asia on tiedon antaminen eli neuvonta. Koska matalapalkkaisuus liittyy vahvasti alhaisempaan koulutustasoon, saattaa heidän tietovarantonsakin olla korkeammin koulutettuja huonompi. On kuitenkin muistettava, että ohjattava itse päättää viime kädessä noudattaako ohjaajan neuvoa vai ei.

Ohjaajan tulisi ottaa huomioon myös ihmisen moninaisuus, menneisyys, voimavarat ja muutosedellytykset ennen kuin ohjausta lähdetään suunnittelemaan. Ohjattavalle ei saa jäädä sellaista tunnetta, että hän joutuu selviämään yksin tai on jollakin tapaa ulkopuolinen. Ohjaajan on löydettävä yhteys ohjattaviinsa ja pyrkiä säilyttämään tämä. Myös ryhmäytymiseen käytettävällä ajalla on positiivisia vaikutuksia aktiiviseen osallistumiseen ja ryhmän jäsenten väliseen vuorovaikutukseen. Tässä työssä mainittujen ohjausmenetelmien on tarkoitus auttaa interventioon osallistujaa kokemaan toiminta omanaan sekä antaa sellainen tunne, että siitä on hyötyä osallistujan elämässä.

6.2 Yhteenveto tuloksista

Koska elämäntapamuutoksessa on pitkälti kysymys asennemuutoksesta ja oppimisesta, Elorannan, Huomon, Virkin ja Frilander-Paavilaisen (2007) mukaan elintapoihin vaikuttaminen vaatii poikkitieteellistä tietoa ja monipuolisia menetelmiä. Niitä käyttämällä sekä erilaisia menetelmiä ja ohjaustapoja yhdistelemällä saadaankin aikaan parhaimmat ja vaikuttavimmat tulokset.

Elämäntapamuutosryhmiä pitäisi kohdentaa entistä enemmän työpaikoille, koska näin tavoitetaan hyvin suuri osa työikäisestä väestöstä – myös matalapalkkaisista. Koska

pienituloiset ovat edelleen passiivisimpia liikkujia, työympäristössä toteutettavat interventioryhmät mahdollisesti kannustaisivat hyödyntämään myös työmatkaliikuntaa. Kynnystä liikkumiseen tulisi entisestään madaltaa, tässä kunnilla on erityisen tärkeä asema. Esimerkiksi lainapolkupyöräverkostoa voisi parantaa, jotta niiden käyttökynnys olisi mahdollisimman matala.

Interventioryhmien järjestäminen työpaikoilla vaikuttaisi positiivisesti myös matalapalkka-ammateissa työskentelevien työkykyyn, sillä kuten aiemmin mainittua ammattitautien, työtapaturmien sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien ilmaantuvuus työntekijöillä ja alhaisen tulotason ammateissa on yleistä. Heillä on myös enemmän sairauspoissaoloja kuin asiantuntija- ja johtotehtävissä työskentelevillä, työntekijät lisäksi arvioivat työkykynsä heikommaksi kuin toimihenkilöt. Tiedetään myös, että tupakoinnin, alkoholin käytön ja epäterveellisten ravinto- ja liikuntatottumusten aiheuttamat haitat ovat yleisempiä työntekijäammateissa ja alemmissa sosiaaliryhmissä kuin toimihenkilötasolla. (Rotko ym. 2011: 47.)

Terveyden edistämisen hankkeet tulisi suunnata erityisesti vanhemmille naisille, sillä fyysinen aktiivisuus laskee iän myötä. Kaewthummanukulin ja Brownin (2006) tutkimusartikkelissa naiset raportoivat liikkuvansa vähemmän. Yleisesti interventioryhmään osallistujat toivoivat enemmän ryhmätyötä ja tukea stressin ja masennuksen hallintaan (Flannery – Resnick 2014).

Vastuu omasta terveydestä, pystyvyys, huoli nykyisistä elintavoista sekä suositusten ja ohjeiden noudattaminen auttoivat osallistujia jatkamaan elämäntapamuutosta. Tähän liittyy vahvasti myös vastuun ottaminen omasta terveydestä, sillä se sitouttaa ylläpitämään jo saavutettuja terveellisiä elämäntapoja. Edellytyksenä tulokseksikaalle muutokselle on neuvoihin ja ohjeisiin sitoutuminen sekä niiden noudattaminen. (Ylimäki 2015.)

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa erilaisiin terveyden edistämisen hankkeisiin liittyviä interventioita ja sitä, miten ihmiset saadaan osallistumaan niihin. Tulokset ovat hyödynnettävissä kaikille kansalaisille tarkoitettujen elämäntapamuutosryhmien suunnittelussa ja toteutuksessa, mutta erityisesti niissä on otettu huomioon eri sosioekonomisten ryhmien välinen vaihtelu. Ohjauksen työvälineet mahdollistavat monipuolisen ja motivoivan yksilö- ja ryhmätoiminnan toteuttamisen.

6.3 Eettiset kysymykset ja luotettavuus

Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyön eettisiä kysymyksiä ja luotettavuutta. Strellmanin ja Vaattovaaran (toim.) (2013: 48) teoksessa painottuu luottamuksen olennaisuus tiedeyhteisön toiminnalle. Tutkimuksen tekijän tulisi sisäistää tieteelliset pelisäännöt ja noudattaa niitä tutkimustyössä. Tutkijan tulisi olla rehellinen, noudattaa tieteenalansa käytäntöjä ja menetelmiä ja raportoida tuloksista totuudenmukaisesti. Pohjimmiltaan jokainen tutkija on itse vastuussa toimistaan. Tutkijan on annettava tunnustusta myös muiden työlle.

Yksittäisen tutkimuksen etiikka ei koske vain yhtä tutkijaa, vaan se on koko tiedeyhteisön ja tutkimusta hyödyntävän yhteisön asia. Eettiset kysymykset tutkimuksessa eivät koske vain tutkimusaineiston hankintaa tai raportointia, vaan ne ovat koko tutkimustoiminnan perusta. (Tuomi 2007: 143.) Yhden määritelmän mukaan tutkimusetiikalla tarkoitetaan tieteellisestä tutkimuksesta ja sen seuraamuksista johtuvien moraalisten ongelmien tarkastelua. Tämä määritelmä pitää sisällään kaiken tutkimuseettisen problematiikan. Tutkimusetiikassa on kyse tutkimuksen päämääriin liittyvästä moraalista ja siitä, millä keinoin tavoitteisiin pyritään. Siinä pohditaan myös sitä, miten tämä moraalilla voidaan joko ylläpitää tai miten sitä pitäisi ylläpitää. (Mäkinen 2006: 10.)

Tämän opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa on pyritty noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimaa ohjetta hyvästä tieteellisestä käytännöstä sekä Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) suosituksia ja ohjeita. Näin tutkimuksesta on saatu eettisesti kestävä, johdonmukainen ja mahdollisimman kokonaisvaltainen. Kohderyhmänä eivät ole ihmiset, vaan tutkimuksen etiikka kohdentuu integroivaan kirjallisuuskatsaukseen, tiedonhankintaan ja raportointiin. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK) koskee kaikkea tieteellistä työtä (Strellman – Vaattovaara 2013: 49).

Erilaiset eettiset pelisäännöt voivat koskea lähdekirjallisuuden käyttöä ja lainaamista, aineiston keruun luottamuksellisuutta, aineiston säilyttämistä ja esimerkiksi tutkittavien henkilöiden anonymiteetin takaamista tutkimuksen eri vaiheissa. (Kalaja – Alanen – Dufva (toim.) 2011: 22.) Vilpillistä toimintaa on myös plagiointi, sepittäminen ja esimerkiksi väärentäminen. Opinnäytetyön raportoinnissa on pyritty mahdollisimman selkeään ja huolelliseen, oikeakieliseen kirjoitustyyliin väärinymmärrysten välttämiseksi ja tulosten mahdollisimman hyvän jatkokäytettävyyden varmistamiseksi. Raportissa käytettä-

vät lähteet on referoitu ja merkitty niin, että ne ovat asianmukaisesti tunnistettavissa myös jälkikäteen. Toisen kirjoittajan tekstiä ei ole plagioitu ja lainattu vain harkiten. Lähdeviitteet on merkitty selkeästi ja muiden tutkijoiden työtä kunnioitettu.

Tutkimustulosten luotettavuus ja yleistettävyyys ja niiden paikkansa pitävyyden tarkistaminen on yksi tutkimuksen tärkeimmistä eettisistä periaatteista. Tutkijan tulisikin viimeiseen asti koetella tulosten luotettavuutta. Mahdollisia virheitäkään ja niiden vaikutuksia tutkimustuloksiin ei saa peittää, vaan tutkijan pitäisi altistaa tuloksensa muiden tarkasteltavaksi. Myöskään poikkitieteellisyys ja perspektiivin laajentaminen eivät ole pahasta esimerkiksi laajemman palautteen saamiseksi. Tutkijan pitäisi julkistaa tutkimustulokset niin, että kollegat ja suuri yleisö pääsevät niitä arvioimaan ja hyödyntämään sekä käyttää sellaista kieltä, jota yleisö ja mahdolliset rahoittajat ymmärtävät. (Mäkinen 2006: 102.)

Tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta arvioidaan koko prosessin ajan aina tutkimustehtävien asettelusta raportointiin saakka. Koska tutkimusperinteitä on monia ja ne ovat varsin erilaisia, löytyy myös erilaisia käsityksiä tutkimuksen luotettavuudesta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole luotu yhtä selkeitä kriteereitä kuin määrällisen tutkimuksen. Joidenkin tutkijoiden mukaan näiden tutkimusten arviointikriteerit eivät kuitenkaan eroa merkittävästi toisistaan. Arviointikriteereiksi on siis esitetty tutkimuksen validiteettia (oikeiden asioiden tutkiminen) ja reliabiliteettia (tutkimustulosten pysyvyys). Validiteettiongelma saattaa syntyä muun muassa siitä, että tutkimusaineisto ei anna vastausta tutkimuskysymykseen ja reliabiliteettiongelma aineiston analyysin aikana tehdyistä virheistä. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1998: 215; Kananen 2012: 164; Tuomi 2007: 149.)

Laadullisen tutkimuksen kohdalla luotettavuus on saanut useita eri tulkintoja ja suomalaisessa kirjallisuudessa erilaisia käännöksiä. Voidaan puhua uskottavuudesta tai vastaavuudesta (credibility), siirrettävyydestä (transferability), luotettavuudesta, varmuudesta, riippuvuudesta (dependability) sekä vakiintuneisuudesta, vahvistettavuudesta tai vahvistuvuudesta (confirmability). (Tuomi 2007: 150). Kirjallisuuskatsauksenkin voidaan katsoa kuuluvan laadullisen tutkimuksen piiriin, luonteeltaan se on teoreettista tutkimusta (Tuomi – Sarajärvi 2009: 123).

Niin integroivan kuin kvalitatiivisen kirjallisuuskatsauksen laadun arviointiin on kehitetty erilaisia kriteereitä, riippuen siitä minkälaiseen muotoon katsaus on kirjoitettu. Kvalita-

tiivisen tutkimuksen kriteereiksi on kirjallisuudessa määritelty kuvailun elävyys, metodologinen eheys, analyttinen täsmällisyys, teoreettinen selkeys ja ilmiön tunnistettavuus. Myös uuden tiedon löytäminen on katsottu kuuluvan arvioinnin kriteereihin. (Johansson ym. (toim.) 2007: 93–94.)

Kanasen (2012: 162–164) mukaan opinnäytetyön luotettavuutta lisää tieteellisten menetelmien oikea käyttö ja käytettävän tiedon luotettavuus. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää menetelmän systemaattisuus ja sen kriteerit. Yleisesti tieteellisten menetelmien ominaisuuksina voidaan nähdä objektiivisuus, testattavuus ja toistettavuus, julkisuus, kriittisyys, edistysvyys ja autonomisuus. Kaikki nämä aspektit ovat kuitenkin tulkinnalle alttiita. Tärkeää on tehdä työ oikeilla menetelmillä luotettavan ja laadukkaan lopputuloksen aikaansaamiseksi. Luotettavuus perustuu hyvään tutkimusprosessin vaiheiden ja tulosten dokumentaatioon. Raportoinnissa luotettavuutta voi lisätä pitämällä päiväkirjaa opinnäytetyötä koskevista päätöksistä. (Kananen 2012: 162–164; Kananen 2011: 67.)

Tieteellisessä tekstissä tutkimuksen luotettavuutta edistää sen seikan esiintuonti, että kaikki tieto ei välttämättä ole yhtä varmaa. Lukijalla tai muilla tutkijoilla saattaa olla eriäviä näkemyksiä tutkittavasta ilmiöstä, siksikin tiedon varmuuden eri asteiden ilmentäminen edistää tutkimuksen luotettavuutta. (Strellman – Vaattovaara (toim.) 2013: 100.)

Tässä työssä luotettavuuden tarkastelu on erityisesti kohdistunut kirjallisuuskatsauksen aineiston hankintaan, analysointiin ja raportointiin. Hakusanojen ja tietokantojen huolellinen kirjaaminen ja kuvailu parantavat kirjallisuuskatsauksen toistettavuutta ja luotettavuutta. Opinnäytetyössä on hyödynnetty useaa eri tietokantaa sekä suomen- ja englanninkielistä lähdeaineistoa. Kaikista tutkimuksista on pyritty etsimään alkuperäistutkimus ja tutkimuksista on käytetty vain kymmenen vuoden sisällä julkaistuja artikkeleita. Tämä varmistaa aineiston ajantasaisuuden. Tutkimusartikkeleita luettaessa pyrittiin varmistamaan alkuperäistutkimusten menetelmällinen laadukkuus ja taso. Asetetut tutkimustehtävät määrittivät sen, minkälaiset tutkimusartikkelit hyväksyttiin osaksi kirjallisuuskatsausta. Opinnäytetyön tekoprosessin aikana on hyödynnetty työpajoja ja opettajalta saatua ohjausta säännöllisesti.

Tiedonhaku on kirjallisuuskatsauksen perusta ja siksi siihen on kiinnitetty erityistä huomiota. Kirjallisuuskatsauksen kaikki vaiheet on suoritettu huolellisesti ja kuvattu opinnäytetyössä mahdollisimman tarkasti. Myös tiedonhaussa käytetyt hakutermit on

pyritty valitsemaan niin, että integroivan kirjallisuuskatsauksen aineisto vastaisi parhaalla mahdollisella tavalla esitettyihin tutkimustehtäviin. Kirjallisuuskatsausta tehdessä on luettu useiden eri tutkimusten otsikoita ja tiivistelmiä, jotta aiheesta on pystytty muodostamaan tarpeeksi laaja ja monipuolinen käsitys.

Kaikista kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimusartikkeleista on kirjattu taulukkoon niiden keskeisimmät tiedot. Tämän avulla on mahdollista tarkastella tutkimusten soveltuvuutta kirjallisuuskatsaukseen ja näin myös varmistaa katsauksen jatkohyödynnettävyyttä. Analyysivaiheessa aineistosta on korostettu merkityksellisiä ilmaisuja, joista muodostuivat integroivan kirjallisuuskatsauksen tulokset. Kirjallisuuskatsausta tehdessä aineiston tulkinnassa on oltu rehellisiä ja objektiivisia, ristiriitaisia tutkimustuloksia esitellessä puolueettomia. Katsaus on jäsennetty niin, että erilaiset näkökulmat ja tulkinnot erottuvat selkeästi toisistaan. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2006: 113.)

Opinnäytetyön raportoinnissa on pyritty mahdollisimman selkeään ja huolelliseen, oikeakieliseen kirjoitustyyliin vääринymmärrysten välttämiseksi ja tulosten mahdollisimman hyvän jatkokäytettävyyden varmistamiseksi. Raportissa käytetyt lähteet referoitiin ja merkittiin niin, että ne ovat asianmukaisesti tunnistettavissa myös jälkikäteen. Lähteviitteet merkittiin selkeästi Metropolian kirjallisen työn ohjeiden mukaisesti ja muiden tutkijoiden työtä kunnioittaen.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tulokset osoittautuivat moninaisiksi ja niistä nousikin useampi jatkotutkimusta vaativa seikka. Elämme vahvaa yhteiskunnan digitalisoitumisen aikakautta ja se tulee vielä mullistamaan terveydenhuollonkin. Digitaalisuutta tullaan tulevaisuudessa tarvitsemaan helpottamaan sosiaali- ja terveystieteen resurssipulaa. Digiratkaisujen avulla kansalaiset voidaan ottaa yhä enemmän mukaan omaan hoitoonsa ja hoitonsa suunnitteluun. Terveystieteen edistämisen hankkeista puhuttaessa teknologiaa ja erilaisia digitaalisia ratkaisuja voitaisiin hyödyntää interventtioiden seurantajaksojen aikana. Sopivien ratkaisujen löytäminen vaatii kuitenkin vielä lisätutkimusta.

Lisää tutkimusta vaadittaisiin myös siitä, miten intention-behaviour gapiin eli aikomuksen ja toiminnan väliseen kuiluun voitaisiin parhaiten vaikuttaa. Tämänkin opinnäytetyön tulosten perusteella ongelmana on aikomus osallistua elämäntapainterventioryhmään, mutta sisäisestä tai ulkoisesta tekijästä johtuen ihminen jättää osallistumatta.

Tarvitaan lisää tutkimusta siitä, miten tämän kaltaiset ihmiset parhaiten tavoitetaan, saadaan osallistumaan ja sitoutumaan elämäntavan muutokseen.

Kirjallisuuserho ohjausmenetelmänä herätti suurta mielenkiintoa. Nopean tiedonhaun perusteella kirjallisuuserhoa ei ole juurikaan käytetty Suomessa terveyden edistämisen menetelmänä. Kirjallisuuserho olisi loistava tapa saavuttaa varsinkin vanhemmat naiset sekä tarjota vertaistukea. Tutkimusaineiston mukaan kirjallisuuserhossa käytiin keskusteluja, luettiin yhdessä ja tehtiin liikuntakokeiluja. Keskustelut koskivat muun muassa sitä, miten hyödyllistä fyysinen aktiivisuus on ja miten se paransi heidän elämänlaatuaan. Ryhmissä keskusteltiin myös sosiaalisen verkoston rakentamisesta ja siitä, että on hyväksyttävää valita itseä miellyttävä aktiviteetti, jonka parissa on hauskaa. Naisia pitäisikin kehottaa tavoittelemaan hyvinvointia ja iloa, sillä se on avain mielekkääseen, nautinnolliseen ja motivoivaan elämään.

Lähteet

Absetz, Pilvikki – Hankonen, Nelli 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim* 127 (21). 2265–2272.

Eloranta, Tuija – Huomo, Minna – Virkki, Sari – Frilander-Paavilainen, Eeva-Liisa 2007. TERVEYDEKSI! – onnistuneeseen elintapamuutokseen. *Sairaanhoitaja-lehti* 26.2.2007.

European Agency for Safety and Health at Work 2014. Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks. European Risk Observatory. Literature Review. Verkkodokumentti.
<https://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks>. Luettu 27.4.2015.

Fienieg, Barbara – Nierkens, Vera – Tonkens, Evelien – Plochg, Thomas – Stronks, Karien 2011. Why play an active role? A qualitative examination of lay citizens' main motives for participation in health promotion. *Health Promotion International* 27 (3). 416–426.

Findikaattori 2015. Pienituloiset. Verkkodokumentti. <<http://www.findikaattori.fi/fi/103>>. Luettu 7.7.2015.

Flannery, Kelly – Resnick, Barbara 2014. Nursing Assistants' Response to Participation in the Pilot Worksite Heart Health Improvement Project (WHHIP): A Qualitative Study. *Journal of Community Health Nursing* 31 (1). 49–60.

Helakorpi, Seppo 1999. Opinnäytetyö ja tutkimustoiminta ammattikorkeakouluissa. Opettajakorkeakoulun julkaisuja D: 118. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu.

Hellsten, Marianne – Louhio Katja – Simoila, Riitta 2012. Terve Helsinki –hanke 2009–2011 – Loppuraportti. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja 2012: 6.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2006. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huberty, Jennifer L. – Vener, Jamie – Sidman, Cara – Meendering, Jessica – Blissmer, Bryan – Schulte, Laura – Flohr, Judith A. – Ransdell, Lynda B. 2008. Women Bound To Be Active: A Pilot Study to Explore the Feasibility of an Intervention to Increase Physical Activity and Self-Worth in Women. *Women & Health* 48 (1). 83–101.

Huberty, Jennifer L. – Vener, Jamie – Ransdell, Lynda – Schulte, Laura – Budd, Melissa A. – Gao, Yong 2010. *Women Bound to Be Active* (Year 3 & 4): Can a Book Club Help Women Overcome Barriers to Physical Activity and Improve Self-Worth? *Women & Health* 50 (1). 88–106.

Hätönen, Heli – Helakorpi, Satu – Ståhl, Timo 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin edistämisen toteutuminen kunnassa. Tutkimuksesta tiiviisti 7/2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110591/Terveiden_edist%C3%A4minen_kunnassa_TT007_2013.pdf?sequence=3>.

Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007.

Jämsén, Arja – Pyykkönen, Anne (toim.) 2014. oSallisuuden jäljillä. Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry.

Kaewthummanukul, Thanee – Brown, Kathleen C. 2006. Determinants of Employee Participation in Physical Activity. Critical Review of the Literature. American Association of Occupational Health Nurses 54 (6). 249–261.

Kaewthummanukul, Thanee – Brown, Kathleen C. – Weaver, Michael T. – Thomas, Robert R. 2006. Predictors of exercise participation in female hospital nurses. Journal of Advanced Nursing 54 (6). 663–675.

Kaikkonen, Risto – Murto, Jukka – Pentala, Oona – Koskela, Timo – Virtala, Esa – Härkänen, Tommi – Koskeniemi, Timo – Ahonen, Juha – Vartiainen, Erkki – Koskinen, Seppo 2014. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2014. Erot hyvinvoinnissa – osallisuus. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <www.thl.fi/ath>.

Kaikkonen, Risto – Murto, Jukka – Pentala, Oona – Koskela, Timo – Virtala, Esa – Härkänen, Tommi – Koskeniemi, Timo – Ahonen, Juha – Vartiainen, Erkki – Koskinen, Seppo 2014a. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2014. Erot terveydessä – koettu terveys. Saatavilla myös sähköisesti www.thl.fi/ath.

Kalaja, Paula – Alanen, Riikka – Dufva, Hannele 2011. Kieltä tutkimassa – Tutkielman laatijan opas. Helsinki: Finn Lectura.

Kananen Jorma 2011. Rafting Through the Thesis Process – Step by Step Guide to Thesis Research. Publications of JAMK University of Applied Sciences. Tampere: Tampere University Print – Juvenes Print.

Kananen, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä – Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Kangasniemi, Mari – Sauramo, Pekka – Yanar, Ozan 2014. Suomalaiset palkat EU-vertailussa. Talous ja yhteiskunta 42 (4). 2–7.

Kiiskinen, Urpo – Vehko, Tuulikki – Matikainen, Kristiina – Natunen, Sanna – Aromaa, Arpo 2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 1. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3712.pdf&title=Terveiden_edistamisen_mahdollisuudet___vaikuttavuus_ja_kustannusvaikuttavuus_fi.pdf>.

Kuopion kaupunki 2015. Hyvinvointikioski-hanke 1.12.2011-30.11.2014. Verkkodokumentti. <<https://www.innokyla.fi/documents/1247726/8a3981f1-2a60-4d00-8563-01ae3090e51b>>. Luettu 11.4.2015.

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 169/2007. Säädetty Helsingissä 9.2.2007.

Marttila, Jukka 2010. Muutosvalmius. Verkkodokumentti.

<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus.jsessionid=E68F2A733133F9164EB9A9A48A5BD678?id=nix01668>>. Luettu 13.1.2016.

Michie, Susan – Abraham, Charles – Whittington, Craig – McAteer, John – Gupta, Sunjai 2009. Identifying effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: A metaregression. *Health Psychology* 28 (6). 690–701.

Michie, Susan – Jochelson, Karen – Markham, Wolfgang A. – Bridle, Chris 2009. Low-income groups and behaviour change interventions: a review of intervention content, effectiveness and theoretical frameworks. *Journal of Epidemiology and Community Health* 63 (8). 610–622.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Ojanen, Markku 2007. Positiivinen psykologia. Helsinki: Edita.

Palosuo, Hannele – Koskinen, Seppo – Lahelma, Eero – Prättälä, Ritva – Martelin, Tuija – Ostamo, Aini – Keskimäki, Ilmo – Sihto, Marita – Talala, Kirsi – Hyvönen, Elisa – Linnanmäki, Eila (toim.) 2007. Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki: Yliopistopaino.

Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Perttilä, Kerttu 2006. Terveiden edistäminen käsitteenä ja käytännössä. Sairaanhoitaja 4/2006. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa
<https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/4_2006/muut_artikkelit/terveyden_edistaminen_kasitteena/>.

Peterson, Christopher 2006. A Primer in Positive Psychology. New York: Oxford University Press.

Phipps, Etienne – Madison, Nora – Pomerantz, Sherry C. – Klein, Mary G. 2010. Identifying and Assessing Interests and Concerns of Priority Populations for Work-Site Programs to Promote Physical Activity. *Health Promotion Practice* 11 (1). 71–78.

Pynnönen, Katja – Törmäkangas, Timo – Heikkinen, Riitta-Liisa – Rantanen, Taina – Lyyra, Tiina-Mari 2012. Does Social Activity Decrease Risk for Institutionalization and Mortality in Older People? *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 67 (6). 765–774.

Rongen, Anne – Robroek, Suzan JW – Van Ginkel, Wouter, Lindeboom, Dennis – Al-tink, Bibiëlle – Burdorf, Alex 2014. Barriers and facilitators for participation in health promotion programs among employees: a six-month follow-up study. *BMC Public Health* 14: 573.

Rotko, Tuulia – Aho, Timo – Mustonen, Niina – Linnanmäki, Eila 2011. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 8/2011. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa
<<https://www.thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%208.pdf>>.

Rotko, Tuulia – Hannikainen-Ingman, Katri – Murto, Jukka – Kauppinen, Tapani – Mustonen, Niina 2014. Terveyserojen kaventaminen käytännössä – alueellinen yhteistyö avuksi. Yhteiskuntapolitiikka 79 (1). 92–99.

Rouvinen-Wilenius, Päivi – Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2011. Tasa-arvo ja osallisuus väylä terveyteen. Järjestöt suunnan näyttäjinä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 9/2011. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa
<http://www.soste.fi/media/pdf/julkaisut/tasa-arvo_ja_osallisuus_2012.pdf>.

Saaranen-Kauppinen, Anita – Puusniekka Anna 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkodokumentti.
<<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/viittausohje.html>>. Luettu 21.1.2016.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus. Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisohtaminen 4. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa
<http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>.

Savikko, Nina – Pitkälä, Kaisu 2006. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. TABU Lääketietoa Lääkelaitokselta 14 (5). 4–7. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa
<http://www.fimea.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/16698_tabu_tabu52006.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2008:10. Helsinki: Yliopistopaino. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa
<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3875.pdf&title=Valtioneuvoston_periaatepaatos_terveytta_edistavan_liikunnan_ja_ravinnon_kehittamislinjoista_fi.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 – Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011: 1. Verkkodokumentti.
<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-14357.pdf>. Luettu 30.4.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014a. Samapalkkaisuuteen liittyviä keskeisiä käsitteitä. Verkkodokumentti. <<http://www.stm.fi/tasa-arvo/samapalkkaisuus/periaate/kasitteet>>. Luettu 2.12.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014b. Naiset palkkatyössä. Verkkodokumentti.
<<http://www.stm.fi/tasa-arvo/samapalkkaisuus/periaate/historia>>. Luettu 2.12.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014c. Terveystieteiden edistäminen. Verkkodokumentti.
<<http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>>. Luettu 2.12.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014d. Lainsäädäntö. Verkkodokumentti.
<<http://www.stm.fi/hyvinvointi/lainsaadanto>>. Luettu 24.4.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Terveystieteiden kaventaminen. Verkkodokumentti.
<stm.fi/terveyserot>. Luettu 15.6.2015.

Strellman, Urpu – Vaattovaara, Johanna (toim.) 2013. Tieteen yleistajuistaminen. Helsinki: Gaudeamus.

Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö (SAK) 2013. Matalapalkkaiset naiset ja miehet 2011. Verkkodokumentti. <<http://www.sak.fi/aineistot/tilastot/palkka-ja-muut-tilastot/matalapalkkaiset-naiset-ja-miehet-2013-06-07>>. Luettu 22.6.2015.

Sähköliitto 2013. SAK: Pienituloiset naiset pois palkkakuopasta. Verkkodokumentti. <<http://www.sahkoliitto.fi/?x21187=685432>>. Luettu 22.6.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansallisen lihavuusohjelman ohjelmaryhmä 2013. Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. Kansallinen lihavuusohjelma 2012–2015. Ohjaus 13/2013. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110503/URN_ISBN_978-952-245-948-0.pdf?sequence=1>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a. Vaikutukset ja vaikuttavuus. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/perustelut/vaiikutukset-ja-vaikuttavuus>>. Luettu 5.4.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b. Terveyden edistämisen määräraha. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/rahoitus-ja-verkostot/terveyden-edistamisen-maararaha>>. Luettu 15.1.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014c. Hyvinvointikertomuksen raportointi. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/johtaminen/tyokaluja/hyvinvointikertomus/hyvinvointikertomuksen-raportointi>>. Luettu 15.6.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014d. Miten hyvinvointia mitataan? Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointipolitiikka/elinolot-ja-hyvinvointi/miten-hyvinvointia-mitataan>>. Luettu 15.6.2015.

Tuomi, Jouni 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Tilastokeskus 2012. Ennuste 65 vuotta täyttäneiden määrästä pienenee hieman. Verkkodokumentti. <http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html>. Luettu 8.9.2015.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Työterveyslaitos 2015. Työaika ja työterveys. Työhyvinvointifoorumi. Esite. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2842823&name=DLFE-15416.pdf>.

Vaarama, Marja – Moisio, Pasi – Karvonen, Sakari (toim.) 2010. Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80297/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d.pdf?sequence=1>>.

Varonen, Helena – Semberg, Virpi – Teikari, Martti 1999. Tieteestä käytäntöön – Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset terveydenhuollossa. FinOHTAn raportti 11. Helsinki: Stakesin monistamo. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76826/Rap_11_1999.pdf?sequence=1>.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa – Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

World Health Organization 2003. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Verkkodokumentti. <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf>. Luettu 15.1.2015.

Ylimäki, Eeva-Leena 2015. Ohjausintervention vaikuttavuus elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Oulun yliopiston tutkijakoulu. Lääketieteellinen tiedekunta.

Kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäisaineistot

Tutkimuksen tiedot	Tietokanta ja hakutapa	Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät	Aineistonkeruu- ja tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
1) Rongen et al. 2014. Barriers and facilitators for participation in health promotion programs among employees: a six-month follow-up study.	MEDLINE(R) (Ovid), hakusanat: health promotion, participation, barriers, facilitators, adult	1) Saada lisätietoa työntekijöiden osallistumisesta terveyden edistämisen ohjelmiin 2) Tunnistaa tekijöitä, jotka liittyvät sekä työntekijöiden aikomukseen osallistua ja todelliseen osallistumiseen kyseisiin ohjelmiin.	744 työntekijää kahdesta firmasta. Aineistonkeruu kyselylomakkeilla. Määrällinen tutkimus, analyysissä käytetty logistista regressioanalyysia.	Myönteinen asenne, vahva sosiaalinen tuki ja pystyvyyden tunne viittasivat myönteiseen aikomukseen (ja myös todelliseen osallistumiseen) osallistua terveyden edistämisen ohjelmaan. Kyselyssä mainituin osallistumista estävä tekijä oli ”olen jo terve”, ja edistävää tekijä halu parantaa terveytään.
2) Kaewthummanukul – Brown 2006. Determinants of Employee Participation in Physical Activity Critical Review of the Literature.	(CINAHL) Ebsco, hakusanat: health promotion, participation, motivation	Luoda kirjallisuuskatsaus tutkimuksista, joissa on tutkittu työntekijöiden liikunta-aktiiviteetteihin osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä.	Aineistona 11 aihealuetta käsittelevää tutkimusta. Tutkimukset haettu MEDLINE- ja Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature –tietokannoista, julkaisuvuodet 1990–2002.	Pystyvyyden tunne oli paras ennustaja fyysisiin aktiviteetteihin osallistumisessa. Muita vaikuttavia tekijöitä: koetut liikunnan hyödyt, koettu terveydentila.

Tutkimuksen tiedot	Tietokanta ja hakutapa	Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät	Aineistonkeruu- ja tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
3) Absetz – Hankonen 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot.	Haettu manuaalisella haulla.	Tutkia terveydenhuollon lääkekeittömien interventioiden vaikuttavuutta sekä tehokkaita keinoja elämäntapamuutoksen aikaansaamiseksi.	Systemoitujen katsausten ja meta-analyysien pohjalta tehty katsaus (aineiston määrää ei mainittu).	Motivoiva haastattelu vaikuttava menetelmä. Muita tehokkaita keinoja: ohjaaminen oman käyttäytymisen seurantaan, testitulosten seuranta, yleinen seuranta ja palautteen anto.
4) Phipps – Madison – Pomerantz – Klein 2010. Identifying and Assessing Interests and Concerns of Priority Populations for Work-Site Programs to Promote Physical Activity.	(CINAHL) Ebsco, hakusanat: health promotion, participation, motivation	Tunnistaa työntekijöiden asenteita mahdollisia työpaikalla järjestettäviä liikuntainterventioyhtymiä kohtaan ja tunnistaa mahdollisia niihin osallistuvia prioriteettiryhmiä.	Fokusryhmähaastattelut, joiden pohjalta tehty kyselylomake ($n=434$). Analysoinnissa käytetty kuvailevaa tilastoanalyysiä ja khiin neliö –testiä.	Työntekijät, joilla oli aikomus osallistua ohjelmiin, olivat kiinnostuneempia kuin jo valmiiksi urheilevat. Esteitä osallistumiselle olivat: vähäiset tauot, työmäärä, huoli turvallisuudesta ja kävelytien puute.
5) Michie – Abraham – Whittington – McAteer – Gupta 2009. Identifying effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: A metaregression.	Haettu manuaalisella haulla.	1) Arvioida käyttäytymisen muutokset interventioiden vaikuttavuutta kohteena fyysinen aktiivisuus ja terveellinen ruokailu. 2) Tutkia parantavatko teoriaan pohjautuvat käyttäytymisen muutostekniikat tulosta.	101 englanninkielistä aineistoa (122 arviointia) kuudesta eri tietokannasta. Analyysissä käytetty meta-analyysiä ja meta-regressiota.	Omaseurannan yhdistäminen johonkin muuhun tutkimuksessa ehdotettuun käyttäytymisen muutostekniikkaan parantaa terveelliseen ruokavalioon ja fyysiseen aktiivisuuteen keskittyneiden interventioiden tehokkuutta.

Tutkimuksen tiedot	Tietokanta ja hakutapa	Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät	Aineistonkeruu- ja tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
6) Michie – Jochelson – Markham – Bridle 2009. Low-income groups and behaviour change interventions: a review of intervention content, effectiveness and theoretical frameworks.	Haettu manuaalisella haulla.	Saada todisteita interventioiden, jotka on tarkoitettu pienituloisille ja joiden tarkoituksena on tupakoinnin ja epäterveellisen syömisen vähentäminen ja liikunnan lisääminen, tehokkuudesta. Keskittyy interventioiden tekniikoihin, teorioihin interventioiden taustalla ja käsittelee yhteyksiä teorian ja intervention sisällön sekä vaikutusten välillä.	13 aineistoa, joissa mainittu 17 interventiota. Etsitty 21 tietokannasta + asiantuntijoilta. Analysoitu tilastotieteen menetelmin ja käyttäen t-testiä.	Tehokkaissa interventioissa käytettiin vähemmän tekniikoita kuin tehottomissa. Useimmin käytetyt tekniikat olivat tavoitteiden asettaminen, tiedon antaminen ja esteiden tunnistaminen sekä sosiaalisen tuen tai muutoksen järjestäminen ja palkitseminen.
7) Flannery – Resnick 2014. Nursing Assistants' Response to Participation in the Pilot Worksite Heart Health Improvement Project (WHHIP): A Qualitative Study.	(CINAHL) Ebsco, hakusanat: health promotion, participation, motivation	Tutkia edistäviä ja estäviä tekijöitä, jotka pidättelivät apuhoitajia osallistumasta sydäntautien riskejä vähentävään työpaikalla tapahtuvaan interventioon.	12 interventioon osallistunutta muodostivat fokusryhmät. Aineisto analysoitiin käyttäen sisällönanalyysiä ja in vivo –koodausta.	Neljä teemaa nousi esiin: osallistumiseen motivoivat tekijät, osallistumista edistävät ja estävät tekijät sekä ehdotuksia tuleviin interventioihin.

Tutkimuksen tiedot	Tietokanta ja hakutapa	Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät	Aineistonkeruu- ja tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
8) Ylimäki 2015. Ohjausintervention vaikuttavuus elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen.	Medic, hakusanat: terveyskäyttäytyminen, motivaatio	1) Kuvata ja selittää sydän- ja verisuonisairauksien riskiryhmään kuuluvien lappilaisten elintapoja ja ohjausintervention vaikuttavuutta elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. 2) Kuvata tutkittavien itsearviointia ja raportointia elintapoja sekä verrata niitä objektiivisiin mittaustuloksiin.	Interventiotutkimus, jossa intervention lisäksi nollamittaus ja 2 seurantamittauksia. Tutkimusjoukko 53 henkilöä. Aineistona verikokeet, verenpaine, antropometriset mittaukset (paino, pituus ym.), BMI, elintapakysely ja ryhmäohjausinterventio. Ohjauksen välineenä Skype. Analysointi SPSS-ohjelmilla.	Osallistujien verisuoniterveys parani ja he hyötyivät interventiosta. He tekivät pieniä muutoksia, joilla on merkitystä pitkällä aikavälillä. 6 kuukauden seurantamittauksessa saavutettiin eniten positiivisia muutoksia elintapojen muutosintervention jälkeen. Osallistujat olisivat tarvinneet lisää tukea seurantamittauksen välillä.
9) Kaewthummanukul – Brown – Weaver – Thomas 2006. Predictors of exercise participation in female hospital nurses.	(CINAHL) Ebsco, hakusanat: health promotion, participation, motivation	1) Selvittää liikuntaan osallistumisen ja yksilötekijöiden, edistävien ja estävien tekijöiden, pysyvyyden tunteen, työvaatimusten ja motivaation välisiä yhteyksiä. 2) Tutkia tekijöitä, jotka parhaiten ennustivat liikuntaan osallistumista.	Korrelatiivinen poikkileikkaustutkimus thaimaalaisessa sairaalassa, osallistujina 970 sairaanhoitajaa. Tutkimusaineisto kerätty kyselylomakkeen avulla.	Liikuntaan osallistumiseen vaikuttivat hoitajien käsitykset liikunnasta, pystyvyyden tunne, sosiaalinen tuki sekä motivaatio liikkuu.

Tutkimuksen tiedot	Tietokanta ja hakutapa	Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät	Aineistonkeruu- ja tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
10) Eloranta – Huomo – Virkki – Frilander-Paavilainen 2007. TERVEYDEKSI! – onnistuneeseen elintapamuutokseen.	Medic, hakusanat: terveyskäyttäytyminen, motivaatio	1) Elintapaneuvonnan kehittäminen näyttöön perustuvaksi. 2) Neuvontavalmiuksien kehittäminen ja elintaparyhmän aloittaminen 3) Tavoitteisiin liittyvät interventiot ja toiminnot.	Toimintatutkimus elintapaneuvontamallin kehittämiseksi. Yhteistyössä Kotkan kaupungin terveysasemien sairaanhoitajat, sydämpiirin toiminnanjohtaja, terveyskeskuksen ylihoitaja.	Tuotoksena elintapaneuvontamalli (ravinto, liikunta, tupakointi, alkoholin käyttö, stressin hallinta), joka hyödyttää sekä asiakasta että sairaanhoitajaa. Tutkimuksessa kehitettiin myös muutosvaihemallin ja siihen liittyvien viestintä-strategioiden kuvaamistapaa. Tiedot koottu elintapaneuvontakansioksi.
11) Fienieg – Nierkens – Tonkens – Plochg – Stronks 2011. Why play an active role? A qualitative examination of lay citizens' main motives for participation in health promotion.	(CINAHL) Ebsco, hakusanat: health promotion, participation, motivation	Tuottaa käytännön tietoa vapaaehtoisten (maallikko-ohjaajien) motiiveista osallistua monipuolisiin terveyden edistämisen hankkeisiin.	Laadullinen tutkimus ja teemahaastattelu, johon osallistui 24 haastateltavaa. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.	Tutkimuksesta nousi esiin neljä päämotiivia: päämäärätietoinen toiminta, henkilökohtainen kehitys, esimerkkinä toimiminen ja palveleminen sekä vastavuoroisuus. Motiivit eivät olleet yhteydessä terveyden kannalta merkittäviin päämääriin.

Tutkimuksen tiedot	Tietokanta ja hakutapa	Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät	Aineistonkeruu- ja tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
12) Huberty et al. 2008. Women Bound To Be Active: A Pilot Study to Explore the Feasibility of an Intervention to Increase Physical Activity and Self-Worth in Women.	(CINAHL) Ebsco, hakusanat: health promotion, participation, motivation	Selvittää kahdeksan kuukautta kestäneen kirjallisuuseron käytettävyyttä naisten fyysisen aktiivisuuden ja itsekunnioituksen parantamisessa.	56 naista osallistui kirjallisuuseroon. Aineiston analyysiin käytettiin t-testiä (BMI, paino, itsekunnioituksen tulokset, kalorinkulutus) ja varianssianalyysiä (askelmittarin tulokset).	Innovatiivinen lähestymistapa (kirjallisuusero) on käyttökelpoinen naisten fyysisen aktiivisuuden ja itsekunnioituksen parantamisessa. Sekä fyysinen aktiivisuus että itsekunnioitus lisääntyivät huomattavasti.
13) Huberty et al. 2010. <i>Women Bound to Be Active</i> (Year 3 & 4): Can a Book Club Help Women Overcome Barriers to Physical Activity and Improve Self-Worth?	(CINAHL) Ebsco, hakusanat: health promotion, participation, motivation	Selvittää oliko 8 kuukauden teorialähtöisellä kirjallisuuserointerventiolla vaikutusta itsekunnioituksen paranemiseen, fyysisen aktiivisuuden hyötyjen (suhteessa estäviin tekijöihin) kasvamiseen ja itse fyysisen aktiivisuuden parantamiseen. Tutkimuksen 12 jatko-tutkimus.	Tutkimuksessa sekä tutkimus- (n= 51) että kontrolliryhmä (n=20). Tutkittavat rekrytoitiin paikallislehti-ilmoituksen ja paikallisuutisten kautta. Kontrolliryhmä rekrytoitiin olemassa olevien sosiaalisten ryhmien kautta. Aineisto analysoitiin parametrisilla ja ei-parametrisilla tilastollisilla menetelmillä.	Kirjallisuusero oli tehokas tapa parantaa itsekunnioitusta, fyysistä aktiivisuutta ja fyysisen aktiivisuuden hyötyjä (suhteessa estäviin tekijöihin) verrattuna kontrolliryhmään.